



Escola Nacional de Saúde Pública



Universidade Nova de Lisboa

V Curso de Mestrado em Gestão da Saúde

2009 / 2011

Trabalho de Projecto:

**“Análise Comparativa de Sistemas de Classificação de
Doentes de Reabilitação”**

Autor: Klára Dimitrovová

Orientador: Professora Doutora Céu Mateus

Julho, 2011

Agradecimentos

À Professora Doutora Céu Mateus, orientadora deste trabalho de projecto, pela sugestão do tema do mesmo, pela sua constante disponibilidade de orientação, aconselhamento, encorajamento e formulação de críticas construtivas, indispensáveis para a elaboração e constante motivação no desenvolvimento deste trabalho;

Ao Dr. Arménio Neves, Director de gestão de doentes e financeiros, e ao Dr. Pedro Reis, Administrador delegado, do Centro de Medicina de Reabilitação de Alcoitão, pela colaboração, disponibilização de dados e esclarecimento de questões;

À Doutora Helena Lopes, médica do Centro de Medicina de Reabilitação do Alcoitão, pelo esclarecimento do processo de codificação de dados neste centro e partilha de experiências pessoais;

À Dra. Cláudia Borges e Dra. Salomé Stevens, da Administração Central do Sistema de Saúde, pela disponibilidade, ajuda na compreensão do projecto de implementação do Sistema de classificação de doentes de reabilitação em Portugal, e sugestões a incluir do trabalho de projecto;

Ao Dr. Jeff Hatcher, Dr. Kevin Murphy e Dr. Jason Sutherland especialistas e investigadores na área dos sistemas de classificação de doentes no Canadá e ao Dr. Richard Marshall especialista e investigador na área dos sistemas de classificação de doentes na Austrália, pela disponibilização de documentação essencial para o desenvolvimento deste trabalho, e pelo esclarecimento de dúvidas, sem os quais não teria sido possível a realização deste trabalho;

À Dra. Ana Tito Lívio pelo apoio, e a todos os Professores da Escola Nacional de Saúde Pública pela transmissão de saber ao longo de todo o Curso de Mestrado de Gestão em Saúde;

Às minhas colegas Inês e Joana pela constante disponibilidade, companheirismo e ajuda na recta final de elaboração deste trabalho e;

A todos os meus amigos e família, pela boa disposição e motivação ao longo de todo este percurso.

Resumo

Caracterização do problema: A inadequação e ineficácia do sistema de financiamento “por diária” dos cuidados de reabilitação resultaram na necessidade de criação de sistemas de classificação de doentes de reabilitação em regime de internamento, em muitos países. Também em Portugal é necessário implementar um sistema de financiamento, baseado num sistema de classificação de doentes, ajustado pela complexidade e necessidade de cuidados destes doentes.

Objectivos: Caracterização dos cuidados de reabilitação em Portugal, e do actual sistema de financiamento destes doentes; realização de uma revisão de literatura dos sistemas de classificação de doentes de reabilitação já existentes, de modo a compreender quais as variáveis de agrupamento utilizadas e qual a capacidade de previsão dos custos destes mesmos sistemas; perceber a importância da implementação de um dos sistemas de classificação em Portugal, e quais as suas vantagens.

Metodologia: Da revisão de literatura efectuada, foram encontrados quatro sistemas de classificação de doentes implementados e/ou em vias de serem implementados como base para um sistema de financiamento, nos EUA, Austrália e Canadá. Foi efectuada uma extensa caracterização e análise crítica dos mesmos.

Conclusões: Podemos concluir, que dos poucos sistemas de classificação de doentes de reabilitação existentes, optou-se pelo estudo de uma possível adopção do sistema norte-americano para a realidade portuguesa, por ser o único sistema de classificação já utilizado para fins de financiamento para todos os doentes de reabilitação desde 2002, o que inclui mais variáveis de decisão na classificação dos doentes, e o que permite a maior previsão dos custos dos doentes em termos percentuais.

Palavras-chave: sistemas de classificação de doentes, sistema de financiamento, case-mix; reabilitação, cuidados de saúde pós-agudos

Abstract

Background: *The inadequacy and inefficiency of the “per diem” funding system of rehabilitation care resulted in the need to create classification systems for inpatient rehabilitation, in many countries. Also in Portugal it’s necessary to implement a funding system based on a patient classification system, adjusted by complexity and need for care of these patients.*

Aims: *Characterization of rehabilitation care in Portugal, and the current funding system of these patients; conducting a literature review of patient classification systems for rehabilitation, in order to understand which are the grouping variables used and what is the ability of costs prediction in each of the systems; understand the importance of implementing a classification system in Portugal, and its advantages.*

Methods: *A literature search was performed, and four patient classification systems were found in the U.S., Australia and Canada. Some are already implemented, and others are about to be implemented as the basis for a new funding system. An extensive description and critical analysis of these systems was performed.*

Conclusions: *After the analysis of the existing patient classification systems for rehabilitation, we chose to study a possible adoption of the American system for the Portuguese reality, because it’s the only classification system already used for funding purposes for all rehabilitation patients since 2002, it includes more decision variables for the classification of patients, and which allows the highest cost estimate.*

Key-words: *patient classification systems, funding systems, case-mix, rehabilitation, post-acute care.*

ÍNDICE

Agradecimentos	i
Resumo	ii
<i>Abstract</i>	iii
Lista de Abreviaturas	vi
Lista de Tabelas	viii
Lista de Figuras	ix
PARTE I	
1. Introdução	1
1.1. Caracterização da situação-problema	2
1.2. Objectivos do estudo	5
1.3. Questões de partida	5
PARTE II	
2. Enquadramento teórico	6
2.1. Sistemas de classificação de doentes e financiamento	6
2.2. Caracterização da Medicina Física e de Reabilitação em Portugal	9
2.2.1. Instituições prestadoras de cuidados de Medicina Física e de Reabilitação	9
2.2.2. Necessidade de camas de Medicina Física e de Reabilitação	11
2.2.3. Número de camas de Medicina Física e de Reabilitação no sector público	12
2.2.4. Perfil clínico dos doentes tratados nos serviços de internamento de MFR	14
2.2.5. Financiamento dos serviços de internamento de MFR	20
2.3. Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados	20
2.3.1. Perfil clínico dos doentes tratados nas unidades de internamento da RNCCI	23
PARTE III	
3. METODOLOGIA	27
3.1. Fontes de Informação	27
3.2. Modo de Investigação	27
3.3. Escalas de medição de Actividades da Vida Diária	28
3.4. Instrumentos de recolha de dados	31
3.4.1. Estados Unidos da América: <i>Inpatient Rehabilitation Facility – Patient Assessment Instrument</i> e <i>Minimum Data Set for Skilled Nursing Facilities</i>	31
3.4.2. Austrália – <i>AROC Inpatient Clinical Data Set</i>	33
3.4.3. Canadá – <i>National Rehabilitation Reporting System</i>	33

3.5. Sistemas de classificação de doentes de reabilitação em regime de internamento para fins de financiamento	38
3.5.1. Estados Unidos da América: <i>Case-Mix Groups</i>	38
3.5.2. Estados Unidos da América: <i>Resource Utilization Groups</i>	43
3.5.3. Austrália - <i>Australian National Sub-Acute and Non-Acute Patient casemix classification</i>	47
3.5.4. Canadá – <i>Rehabilitation Patient Group casemix classification system</i>	51
3.6. Comparação dos sistemas de classificação analisados	58
3.7. Análise crítica dos sistemas de classificação analisados	60
3.7.1. Limitações á análise dos sistemas de classificação	66
3.8. Sistemas de classificação de doentes de reabilitação em Portugal	67
3.8.1. Projecto de Implementação	68
3.8.2. Proposta de conjunto mínimo de dados para Portugal	70
3.9. Retomando as questões de partida	72
4. Discussão	76
5. Conclusão	87
Glossário	89
Bibliografia	92

ANEXOS

Anexo I - Grupos de Diagnóstico Homogéneos	105
Anexo II - Número de doentes por patologia no CMRA e CMR Sul	112
Anexo III - GDH seleccionados para análise	114
Anexo IV - Análises quantitativas dos GDH seleccionados	115
Anexo V- Método de Avaliação Biopsicosocial	124
Anexo VI – <i>Case-Mix Groups</i>	125
Anexo VII - <i>Resource Utilization Groups</i>	127
Anexo VIII - <i>Impairment Groups</i> do AN-SNAP	131
Anexo IX - <i>Rehabilitation Groups</i> do RPG	133
Anexo X - Códigos de Incapacidade	134

Lista de Abreviaturas

ACSS - Administração Central do Sistema de Saúde
AN-DRG - *Australian National Diagnosis Related Groups*
AN-SNAP - *Australian National Sub-Acute and Non-Acute Patient casemix classification*
APACHE - *Acute Physiology and Chronic Health Evaluation*
AR-DRGs - *Australian Refined - Diagnosis Related Groups*
AROC - *Australasian Rehabilitation Outcomes Centre*
ARS - Administração Regional de Saúde
ASIA - *American Spinal Injury Association*
AVC - Acidente Vascular Cerebral
AVD - Actividades da Vida Diária
CART - *Classification And Regression Trees*
CC - Complicações ou Co-morbilidades
CID-9-MC - Classificação Internacional de Doenças, 9ª revisão, Modificação Clínica
CIF – Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde
CIHI - *Canadian Institute for Health Information*
CMGs - *Case-mix Groups*
CMS - *Centers for Medicare and Medicaid Services*
CMR Norte - Centro de Medicina de Reabilitação do Norte
CMR Sul - Centro de Medicina de Reabilitação do Sul
CMRRC - Centro de Medicina de Reabilitação da Região Centro
GCD - Grandes Categorias de Diagnóstico
DM – Demora Média
DGS – Direcção-Geral da Saúde
DRG - *Diagnosis Related Groups*
DS - *Disease Staging*
EUA - Estados Unidos da América
ERS – Entidade Reguladora da Saúde
FAM - *Functional Assessment Measure*
FIM - *Functional Independence Measure*
FIM - FRGs - *Functional Independence Measure – Function-Related Groups*
FRGs - *Function-Related Groups*
GCD - Grande Categoria de Diagnóstico
GDH - Grupos de Diagnóstico Homogéneos
HCFA - *Health Care Financing Administration*
HRGs - *Health Resource Groups*

ICDS - *Inpatient Clinical Data Set*
 ICF - *International Classification of Functioning, Disability and Health*
 IRF - *Inpatient Rehabilitation Facilities*
 IRF-PAI - *Inpatient Rehabilitation Facility – Patient Assessment Instrument*
 LVM - Lesões Vértebro-Medulares
 LVT - Lisboa e vale do Tejo
 MAB - Método de Avaliação Biopsicossocial
 MDS - *Minimum Data Set*
 MedPAC - *Medicare Payment Advisory Commission*
 MFR - Medicina Física e de Reabilitação
 MIF - Medida de Independência Funcional
 MMS - *Mini Mental State Examination*
 NRS - *National Rehabilitation Reporting System*
 NSW – *New South Wales*
 MOHLTC - *Ontario Ministry of Health and Long-Term Care*
 JPPC - *Ontario Joint Policy and Planning Committee*
 OCDM - *Ontario Cost Distribution Methodology*
 OMS - Organização Mundial da Saúde
 OPSS – Observatório Português dos Sistemas de Saúde
 PSCI - *Patient Classification Systems International*
 PEDI - *Pediatric Evaluation of Disability Inventory*
 RCW - *Rehabilitation Cost Weights*
 RGs - *Rehabilitation Groups*
 RICs - *Rehabilitation Impairment Categories*
 RNCCI - Rede Nacional de Cuidados Continuados
 RPG - *Rehabilitation Patient Groups*
 RRH - Rede de Referência Hospitalar
 RUG - *Resource Utilization Groups*
 SNF - *Skilled Nursing Facilities*
 SNS - Serviço Nacional de Saúde
 SPP - Sistema Prospectivo de Pagamento
 TCE - Traumatismos Crânio-encefálicos
 UDSMR - *Uniform Data System for Medical Rehabilitation*
 UMCCI - Unidade de Missão dos Cuidados Continuados Integrados

Lista de Tabelas

Tabela 1: Necessidade de camas em hospitais da plataforma A

Tabela 2: Número de camas por serviço de internamento de MFR, em hospitais

Tabela 3: Número de camas por serviço de internamento nos centros de reabilitação

Tabela 4: Número de doentes por Categoria Funcional do CMRA, ano 2006

Tabela 5: Número de doentes por Grupo de Diagnóstico Funcional, do CMR Sul, ano 2008

Tabela 6: GDH por tipo de patologia

Tabela 7: Número de episódios de internamento por ano

Tabela 8: Número de episódios de internamento anual por grupo etário

Tabela 9: Número de episódios de internamento anual por destino após a alta

Tabela 10: Centros de reabilitação – variáveis administrativas

Tabela 11: Número de camas da RNCCI em 2010

Tabela 12: Domínios do Modelo Biopsicossocial

Tabela 13: Número de doentes e DM nas unidades de média duração e reabilitação

Tabela 14: Escalas específicas de medição da capacidade funcional ou actividades básicas da vida diária.

Tabela 15: Conjunto mínimo de dados – EUA, Austrália e Canadá

Tabela 16: Comparação dos instrumentos de recolha de dados

Tabela 17: Variáveis de Agrupamento do CMGs

Tabela 18: Pesos relativos e demora média dos CMGs

Tabela 19: Categorias do RUG-IV

Tabela 20: Categorias de Reabilitação do RUG-IV

Tabela 21: Variáveis de Agrupamento das Categorias de Reabilitação do RUG-IV

Tabela 22: Todas as categorias de cuidados sub-agudos e não-agudos do AN-SNAP

Tabela 23: Variáveis comuns de agrupamento do AN-SNAP

Tabela 24: Variáveis de agrupamento da categoria Reabilitação do AN-SNAP

Tabela 25: Variáveis de Agrupamento do RGs.

Tabela 26 – Resumo cronológico dos acontecimentos mais importantes dos países analisados

Tabela 27: Comparação dos diferentes sistemas de classificação de doentes

Tabela 28: Comparação das categorias de incapacidade dos sistemas de classificação de doentes analisados

Tabela 29: Conjunto mínimo de dados para Portugal

Lista de Figuras

Figura 1: Sistema de pagamento prospectivo das IRFs

Figura 2: Sistema de pagamento prospectivo das SNFs

Figura 3: *Resource Utilization Groups – IV*

Figura 4: Pontuação do nível de funcionalidade na escala de AVD do RUG-IV

Figura 5: Árvore de decisão para o *Rehabilitation Group* Enfarte

Figura 6: Árvore de decisão do sistema de classificação Grupos de Diagnóstico Homogéneos

Figura 7: Correspondência entre *Rehabilitation Impairment Categories*, *Impairment Group Codes* e CID-9-MC para *Traumatic Spinal Cord Dysfunction*

Lista de Gráficos

Gráficos 1 a 10: Representação gráfica dos doentes transferidos para “Outra instituição com internamento” por GDH

PARTE I

1. INTRODUÇÃO

No âmbito do V Curso de Mestrado de Gestão em Saúde (2009/2011), da Escola Nacional de Saúde Pública, foi solicitado, como último momento de avaliação, a elaboração de um Trabalho de Projecto. Este trabalho de projecto pretende enquadrar-se nos conteúdos leccionados do curso referido e, ao mesmo tempo, numa área de interesse e necessidade de aprofundamento. O tema do trabalho de projecto foi de escolha livre, e responsabilidade do aluno. Contudo, o tema escolhido foi o proposto pela Prof. Doutora Céu Mateus – “Análise Comparativa de sistemas de classificação de doentes de Reabilitação”. O tema foi aceite pelo facto de actualmente não existir no Sistema de Saúde Português um sistema específico de classificação e agrupamento de doentes em regime de internamento nos serviços de Medicina Física e Reabilitação (MFR), bem como nos centros especializados de medicina física e reabilitação, e pelo facto de existir a necessidade de implementação do mesmo, reconhecida pela Administração Central do Sistema de Saúde (ACSS), para uma melhor caracterização desta população, e melhor afectação de recursos financeiros a estes serviços.

O presente trabalho é constituído por quatro partes distintas. Na primeira parte, pretende-se caracterizar a necessidade de criação de sistemas de classificação de doentes de reabilitação, salientando os países pioneiros na criação dos mesmos. São ainda apresentados os objectivos do trabalho e as questões de partida que serviram de base para a elaboração do mesmo. A segunda parte do trabalho consiste numa revisão de literatura da elaboração de sistemas de classificação de doentes e a sua aplicação face ao financiamento das instituições; da caracterização dos serviços de MFR e da Rede Nacional de Cuidados Continuados (RNCCI) em Portugal, pretendendo-se também caracterizar o financiamento destas unidades, bem como a população com necessidade deste tipo de serviços. Na terceira parte, inicialmente é apresentada a metodologia utilizada neste trabalho, seguindo-se de uma caracterização de escalas de medição da funcionalidade, dos instrumentos de recolha de dados, e dos sistemas de classificação de doentes de reabilitação em regime de internamento, existentes a nível mundial, com respectiva análise crítica. É ainda investigada a informação disponível acerca dos sistemas de classificação de doentes de reabilitação em Portugal, do projecto actual para a sua futura implementação, bem como a informação disponível ao nível dos doentes com necessidade de MFR, e dos dados recolhidos dos mesmos. Finalmente, na última parte do trabalho são retomadas as questões de partida, com uma possível resposta para cada uma delas com base no que foi estudado, e efectuada uma discussão dos diferentes temas abrangidos, e apresentadas as conclusões gerais do trabalho efectuado.

1.1.Caracterização da situação-problema

A promoção e generalização dos cuidados de saúde, a evolução tecnológica e os constantes avanços da medicina têm vindo a contribuir para um aumento da esperança média de vida. Contudo, estes factores têm também vindo a contribuir para um aumento do número de idosos, e para um aumento da incidência de doenças crónicas, muitas vezes incapacitantes. Por outro lado, os avanços da medicina pediátrica têm contribuído para a diminuição significativa da mortalidade infantil, mas ao mesmo tempo, para o aumento da sobrevivência de crianças com graves sequelas neurológicas ou outras lesões incapacitantes. As alterações verificadas ainda no estilo de vida das pessoas nos países industrializados têm contribuído para um maior número de acidentes de viação e de trabalho, e para uma prevalência cada vez maior de doenças cardiovasculares em pessoas mais jovens. Assim, todas estas alterações do séc. XX e XXI obrigaram ao desenvolvimento do conceito de Reabilitação, de uma maior formação de profissionais de saúde nesta área, do desenvolvimento de cada vez mais valências ligadas á reabilitação, e reconhecimento da Medicina Física e de Reabilitação como área de especialidade médica, com uma abordagem própria de exame e avaliação da funcionalidade (DGS, 2002; ERS, 2008). A Medicina Física de Reabilitação pretende contribuir para a reabilitação ou recuperação do indivíduo, prestando essencialmente cuidados de fisioterapia, terapia da fala e terapia ocupacional, atenuando as incapacidades causadas por diversas patologias ou traumatismos. Esta especialidade trata normalmente doentes com afecções músculo-esqueléticas, enfarte, lesões ortopédicas, perturbações neurológicas como a esclerose múltipla, doentes com paraplegia, tetraplegia, politraumatismos, lesões cerebrais, acidente vascular cerebral (AVC), traumatismos crânio-encefálicos (TCE), lesões vértebro-medulares (LVM), amputações, doentes com dores crónicas ou agudas, os quais pertencem, regra geral, aos mais elevados estratos etários, uma vez que é nas pessoas mais idosas que a incidência destas doenças crónicas incapacitantes é maior (ERS, 2008). Assim, segundo Webster (1996), ao nível da MRF o episódio de reabilitação ocorre “quando uma pessoa com incapacidade participa num programa multi-disciplinar visando a melhoria da capacidade funcional, recuperação de habilidades motoras perdidas e/ou adaptação psicossocial”.

Nos Estados Unidos da América (EUA), no início da criação do Sistema Prospectivo de Pagamento (SPP) para os doentes agudos em internamento, segundo o sistema de classificação Grupos de Diagnóstico Homogéneos (GDH), as unidades hospitalares de reabilitação, os centros de reabilitação (Grimaldi, 2002: Carter *et al.*, 2003) as unidades de internamento de longa duração e psiquiátricas foram excluídas deste tipo de pagamento, uma vez que este sistema provou não ser adequado para a classificação de doentes pós-

agudos e não-agudos¹. Para efeitos de classificação, os cuidados pós e não-agudos são definidos como “cuidados prestados a um doente que requer serviços de saúde, mas cujo diagnóstico principal (ajustado por factores como a idade e procedimentos) não é apropriado para a adequada explicação da necessidade para, ou do custo dos serviços que recebe” (Lee, Eagar e Smith, 1998; Eagar, 1999; Tooth *et al.*, 2005). Assim, tem havido um cada vez maior reconhecimento de que estes doentes devem ser classificados por objectivos de tratamento, como o melhoramento da função, em vez do procedimento ou diagnóstico (Green e Gordon, 2007), uma vez que é esperado que outros factores sejam mais capazes de explicar os custos da prestação de cuidados dos doentes pós e não-agudos (Lee, Eagar e Smith, 1998).

No caso específico dos cuidados de reabilitação, foi demonstrado, que os GDH eram uma medida de case-mix² inapropriada para estes doentes, visto que o diagnóstico por si só explicava apenas uma pequena parte dos recursos utilizados, não captando adequadamente o custo económico dos doentes tratados em unidades de reabilitação (Grimaldi, 2002, Carter *et al.*, 2003). Do mesmo modo, na Austrália, o sistema de classificação de doentes agudos *Australian National Diagnosis Related Groups* (AN-DRG), criado nos anos 80, pela adaptação do GDH, também provou não ser adequado para a classificação de doentes pós-agudos e não-agudos (Eagar, 1999 Tooth *et al.*, 2005). Assim, o financiamento da componente de internamento dos cuidados de reabilitação tem sido baseado no número de camas, sem ter em conta as características dos doentes (Sutherland e Walker, 2007).

Uma vez que a incapacidade ocorre quando determinadas limitações funcionais interferem com o desempenho de actividades, sendo que a reabilitação tem como objectivo a recuperação dessa perda de função, através da reaprendizagem de habilidades motoras e cognitivas e a aprendizagem de estratégias adaptativas (Carter *et al.*, 2003), qualquer medida de case-mix utilizada neste contexto tem que ir para além dos elementos de diagnóstico descritos pela “Classificação Internacional de Doenças, 9ª revisão, Modificação Clínica” (CID-9-MC)³, e incluir elementos que caracterizem a capacidade funcional ou estado funcional do doente, e a extensão desse deficit funcional (severidade da incapacidade) a ser potencialmente recuperado (Stineman, 1995 e Carter *et al.*, 2003). Entre os factores que são apontados como contributos para o sucesso dos programas de reabilitação estão as características dos doentes, como o estado funcional na admissão, idade, local da doença,

¹ Na prestação de cuidados pós-agudos, o principal objectivo é o de melhorar a qualidade de vida e/ou o estado funcional do doente, enquanto que nos cuidados não-agudos, o principal objectivo é o de manter o estado de saúde e a capacidade funcional do doente, se possível (Lee, Eagar e Smith, 1998; Eagar, 1999). Ambos os tipos de cuidados requerem tempos de internamento mais longos do que os cuidados classificados como agudos (Tooth *et al.*, 2005).

² Ver glossário

³ Ver glossário

co-morbilidades, função cognitiva e depressão, o tempo de referência até ao início do programa e a disponibilidade de recursos. Destes, o factor que, nos estudos realizados nos EUA e Austrália prevê os custos com maior precisão é o estado funcional do doente na admissão (Lee, Eagar e Smith, 1998). Isto significa que qualquer sistema de classificação de doentes de reabilitação com o objectivo de servir como base para um SPP tem que incluir a variável “estado funcional” na determinação do pagamento, uma vez que se parte do princípio que os doentes com uma funcionalidade diminuída possuem uma maior necessidade de reabilitação (mais recursos adicionais, um maior período de reabilitação e/ou de um tratamento mais intensivo). Uma maior necessidade de reabilitação pressupõe um maior custo do tratamento fornecido, o que significa que maior deverá ser o pagamento fornecido (Stineman, 2001; Grimaldi, 2002; Carter *et al.*, 2003).

Deste modo, o aumento da reabilitação como componente significativa da prestação de cuidados, a falta de transparência e comparabilidade do sistema de pagamento para doentes de reabilitação, a inadequação do financiamento retrospectivo das instituições prestadoras dos mesmos, a inadequação dos GDH para a classificação dos doentes nesta área, e os resultados dos estudos referentes às associações entre as características dos doentes de reabilitação e custos que têm vindo a ser realizados, resultaram na necessidade de criação de sistemas de classificação de doentes de reabilitação, para fins de financiamento. Actualmente, muitos são os países que reconhecem esta necessidade, contudo são muito poucos os que se têm focado no desenvolvimento destes sistemas de case-mix (Sutherland e Walker, 2008), e os utilizam para efeitos de financiamento das instituições.

Nos EUA, as primeiras bases para o desenvolvimento de um sistema de classificação de doentes de reabilitação começaram em 1993, mas é em Novembro de 2000 que é anunciada, pelo *Health Care Financing Administration* (HCFA) (actualmente, *Centers for Medicare and Medicaid Services* - CMS), organização responsável pela implementação dos GDH, a intenção de criar um sistema de pagamento prospectivo para os centros de reabilitação, e para as unidades hospitalares especializadas em reabilitação, a entrar em vigor a 1 de Janeiro de 2002 (Stineman, 2001). Na Austrália, em 1993, o *Australian Health Ministers Advisory Council*, dentro do *National Casemix Development Program*, apontou para a necessidade de desenvolvimento de sistemas de classificação para doentes pós e não-agudos. Em 1995, o *National Sub-Acute and Non-Acute Casemix Steering Committee* elaborou um estudo denominado *National Sub-Acute and Non-Acute Casemix Classification*, com o objectivo de criar um sistema nacional de classificação a entrar em uso no ano de 1997-98, e que incluísse episódios de reabilitação, medicina geriátrica, cuidados paliativos e psiquiatria (Eagar, 1999). No Canadá, existem já modelos de financiamento para os doentes

agudos em internamento, *day surgery* e *complex continuing care*, os quais têm sido desenvolvidos pelo *Ontario Joint Policy and Planning Committee* (JPPC). Esta organização é uma parceria entre *Ontario Ministry of Health and Long-Term Care* (MOHLTC) e *Ontario Hospital Association* sendo uma das suas funções promover o desenvolvimento de um modelo de financiamento para toda a actividade hospitalar. O JPPC pretende agora desenvolver modelos de financiamento para a urgência, saúde mental, cuidados de ambulatório e para os doentes adultos de reabilitação em regime de internamento (JPPC, 2006a).

Também em Portugal, um dos desafios do financiamento dos cuidados de saúde é garantir que as instituições prestadoras de cuidados de reabilitação sejam financiadas de acordo com as características dos doentes que atendem, e de acordo com os reais cuidados prestados de uma forma mais equitativa. Perante esta necessidade, a implementação de um sistema de classificação de doentes de reabilitação em Portugal deve ser analisada.

1.2. Objectivo do estudo

Este estudo tem como objectivo a caracterização da oferta dos cuidados de reabilitação em Portugal, bem como as necessidades da população face a estes cuidados, e o actual sistema de financiamento destes doentes. Pretende-se ainda realizar um levantamento dos actuais sistemas de classificação de doentes de reabilitação em regime de internamento, dos instrumentos de recolha de dados subjacentes a estes sistemas, e analisar a sua importância para o financiamento das instituições. Por fim, este estudo tem como objectivo em analisar as investigações na área dos sistemas de classificação de doentes de reabilitação que têm vindo a ser realizadas em Portugal, discutindo qual dos sistemas de classificação que deveria ser implementado e quais as vantagens da sua implementação, tendo em conta a informação disponível ao nível da prestação dos cuidados de reabilitação.

1.3. Questões de partida

Tendo em conta o objectivo do trabalho, são colocadas as seguintes questões de partida:

1ª Questão – Existe um conjunto mínimo de dados comum aos diferentes sistemas de classificação de doentes de reabilitação em regime de internamento?

2ª Questão – Do conjunto mínimo de dados, quais as variáveis de agrupamento comuns utilizadas para o agrupamento de doentes nos diferentes sistemas de classificação?

3ª Questão – Em que medida os sistemas de classificação de doentes são capazes de prever os custos dos doentes de reabilitação tratados em regime de internamento?

4ª Questão – Qual a importância da implementação de um sistema de classificação de doentes de reabilitação em Portugal, e quais as suas vantagens para o financiamento das instituições?

PARTE II

2. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

2.1. Sistemas de classificação de doentes e financiamento

Um sistema de classificação de doentes pretende sintetizar ou agrupar todos os episódios hospitalares num número limitado de classes, segundo determinadas características em comum. Ou seja, as classes devem possuir semelhanças, segundo uma característica pré-definida, que pode ser por exemplo, a intensidade de recursos gastos durante a prestação de cuidados (Scheller-Kreinsen, Geissler e Busse, 2009; ACSS, 2011a). Embora cada doente seja único, existe um conjunto de características que são comuns a diversos doentes e que vão determinar o seu uso de recursos. Assim, de uma forma geral, as classes finais de um sistema de classificação de doentes, devem reflectir o tipo e a extensão dos serviços semelhantes necessários para tratar os doentes, consoante as suas características demográficas, clínicas e terapêuticas específicas (Grimaldi, 2002; ACSS, 2011a).

Para cada tipo de prestação de cuidados de saúde a doentes, seja a prestação de cuidados de saúde em internamento de hospitais de agudos, nas unidades de cuidados continuados, nas unidades de saúde mental, nas unidades de reabilitação, entre outros, é necessário definir um conjunto de características dos doentes (que poderão ser distintas, ou não, para cada um dos tipos de cuidados) que sejam determinantes para o consumo do conjunto de recursos financeiros, humanos e terapêuticos (ACSS, 2011a). Pela análise dessas características, sejam a idade, o sexo, os diagnósticos, os procedimentos, a gravidade de diagnósticos, o estado funcional e cognitivo, a independência funcional na realização de actividades da vida diária (AVD), etc (Webster, 1996; ACSS, 2011a) é possível criar classes de doentes homogéneas que possuem um consumo de recursos semelhante. Um sistema de classificação permite então caracterizar a produção de uma determinada instituição, desde que consiga abranger todos os doentes tratados nesse contexto. É também possível, através dessa caracterização, determinar o tipo de complexidade dos doentes tratados nessa instituição – o case-mix dos doentes tratados – e realizar análises comparativas com a produção de diferentes instituições (ACSS, 2011a).

Para tornar possível a implementação correcta e justa de um novo sistema de classificação de doentes, é necessário que novos dados de informação oportunos sobre os doentes sejam recolhidos de uma forma precisa e completa (Grimaldi, 2002). Assim é indispensável a criação de um instrumento de recolha de dados, que contenha um conjunto mínimo de dados, uniformizado, o qual deverá ser aplicado a todos os doentes de uma determinada instituição ou instituições (Eagar, 1999; ACSS, 2011a). O instrumento deverá conter informação administrativa, clínica e sócio-demográfica do doente, essencial para a sua

caracterização, bem como todas as outras variáveis que sejam necessárias naquele contexto, como por exemplo as “nomenclaturas, os sistemas de classificação de diagnósticos e de procedimentos, de severidade da doença, escalas de avaliação do desempenho de actividades da vida diária ou classificações de medicamentos” (ACSS, 2011a). Todas estas variáveis deverão ser recolhidas de diversos hospitais de modo a permitir a criação de uma base de dados e de uma aplicação informática (Eagar, 1999; Scheller-Kreinsen, Geissler e Busse, 2009) à qual é possível aplicar um “algoritmo de agrupamento de doentes” que agrupa então os doentes nas classes homogéneas que se pretende. Assim, é necessário desenvolver um sistema informático específico e um “agrupador” que contenha os algoritmos necessários ao agrupamento dos doentes (ACSS, 2011a).

Nem todos os sistemas de classificação, têm como objectivo serem um mecanismo de financiamento, contudo, alguns deles evoluíram nesse sentido, tornando-se na base de financiamento para determinadas instituições. De modo a que o sistema de classificação possa servir de base a um modelo de financiamento, é necessário desenvolver uma metodologia para a contabilidade de custos (Scheller-Kreinsen, Geissler e Busse, 2009), a qual é possível, pela atribuição de um peso relativo⁴ a cada uma das classes finais de doentes, que quantifica, em proporção, o custo de tratamento desses doentes. Para a criação dos pesos relativos, é necessário relacionar o case-mix com os custos decorrentes do tratamento (ACSS, 2011a). Assim, os sistemas de classificação de doentes permitem estabelecer um custo mais preciso do tratamento de um determinado doente, tendo em conta a inclusão da variável “complexidade” (Busse, Schreyogg e Smith, 2006), melhorando a equidade no financiamento das instituições de saúde. Para além disso, os sistemas de classificação permitem também realizar comparações de custos, eficiência (Scheller-Kreinsen, Geissler e Busse, 2009) e monitorização da qualidade dos cuidados prestados (Averill, *et al.*, 1999).

Existem diferentes tipos de sistemas de classificação de doentes, os quais variam quanto “à sua definição, âmbito de aplicação, momento e escala de medição e quanto ao seu desempenho. Possuem um grau de adequação diferente ao nível da análise de utilização de recursos, da revisão individual de casos ou da previsão do risco de morte” (Santana, 2005).

Dos sistemas de classificação de doentes internados em hospitais de agudos, podemos salientar o *Disease Staging* (DS), *MedisGroups*, e o *Acute Physiology and Chronic Health Evaluation* (APACHE) entre outros (Santana, 2005; Costa, Lopes e Santana, 2008), sendo o mais utilizado a nível internacional, o *Diagnosis Related Groups* (DRG), em português, Grupos de Diagnóstico Homogéneos (GDH) (Santana, 2005). Os GDH distinguem-se dos

⁴ Ver glossário

restantes sistemas de classificação pelo facto de terem sido o primeiro a permitir a medição e definição do case-mix hospitalar, sendo utilizados para a análise da produção hospitalar, gestão, e como base de financiamento hospitalar (Busse, Schreyogg e Smith, 2006; ACSS, 2011b). Antes da introdução dos GDH, o sistema de pagamento utilizado nos hospitais da maioria dos países, centrava-se em orçamentos globais ou pagamentos por diária, que forneciam pouca informação sobre o tipo de serviços realizados e os custos associados. Este sistema de pagamento retrospectivo⁵ foi dando lugar ao sistema de pagamento prospectivo, graças ao sistema de classificação de GDH, numa tentativa de controlo da despesa (Scheller-Kreinsen, Geissler e Busse, 2009). O GDH⁶ nas suas diferentes versões, têm vindo a ser introduzidos em muitos países, sendo actualmente o sistema mais aplicado a nível mundial, com uma predominância nos países europeus (Mateus, 2010). Portugal foi um dos países pioneiros, e o primeiro país europeu, que implementou os GDH como mecanismo de financiamento prospectivo e de controlo de gestão dos hospitais públicos (Santana, 2005; Mateus, 2010), sendo também o único que manteve o modelo americano de GDH⁷ sem alterações (Cots *et al.*, 2009; Mateus, 2010). Todos os restantes países que adoptaram este sistema desenvolveram os seus próprios “sistemas modificados”, uns sem grandes alterações significativas devido aos elevados custos necessários para a criação de um sistema nacional, e outros com alterações muito significativas, como por exemplo a França, Inglaterra e Suécia (Mateus, 2010). A maioria dos países europeus estão a utilizar os GDH como um meio de medição do produto hospitalar para financiamento das instituições (Rodrigues, 1993; Schreyogg *et al.*, 2006), estimação de custos e como um incentivo para aumentar a eficiência, e eficácia dos cuidados de saúde. Outros utilizam este sistema apenas como um recurso de gestão ou medição do desempenho e garantia da qualidade sem qualquer ligação ao financiamento (Rodrigues, 1993). Em Portugal, a implementação dos GDH começou no ano de 1984, com um projecto-piloto do Ministério da Saúde (Mateus, 2010), após um acordo estabelecido entre esta entidade e a Universidade de Yale (Santana, 2005). O projecto de trabalho tinha como objectivo estudar a viabilidade da implementação deste sistema em Portugal, como meio de medição da produção hospitalar do internamento (Santana, 2005; Mateus, 2010; ACSS, 2011b). Dado o sucesso do projecto implementado e dos resultados positivos, em Janeiro de 1989 já se iniciava o período de transição para a implementação dos GDH em todos os hospitais de agudos do SNS sendo finalizado em 1990 (Santana, 2005; Mateus, 2010), tornando-se obrigatório para o cálculo do financiamento do internamento dos hospitais do Serviço Nacional de Saúde

⁵ O sistema de pagamento retrospectivo incitava as instituições que quanto maior fosse a sua despesa num determinado ano, maior seria o seu financiamento do ano seguinte (Mateus, 2010).

⁶ A estrutura do sistema de classificação GDH encontra-se explicada no Anexo I.

⁷ Isto traz como consequência, para Portugal, um grau inferior de comparabilidade entre os índices de case-mix, e consequentemente como medida standard de comparação entre os sistemas de saúde europeus (Cots *et al.*, 2009).

(SNS)⁸ (ACSS, 2011b). O grupo de trabalho responsável pela implementação foi liderado por João Urbano, e mais tarde, por Margarida Bentes, (um dos membros pertencentes ao grupo), que teve uma das maiores influências na adopção dos GDH em Portugal (Mateus, 2010).

Portugal adoptou sempre o agrupador de GDH existente nos EUA, sendo actualmente a versão em vigor o AP-DRG versão 21.0, desde 1 de Agosto de 2006, data em que entrou em vigor a Portaria nº 567/2006. Diário da República 1ªsérie-B N.º113 de 12 de Junho de 2006 (Portal da Codificação Clínica e dos GDH, 2011c; ACSS, 2011b). O instrumento de recolha de dados, por detrás deste sistema de classificação designa-se por – folha de codificação de internamento (“nota de alta”) – para a qual, em termos de codificação de diagnósticos e procedimentos, é utilizada, desde 1989, a CID-9-MC. Todos os meses a informação dos GDH de todos os hospitais do SNS é enviada para uma base de dados nacional de GDH, com sede na Administração Central do Sistema de Saúde (ACSS, 2011b).

2.2. Caracterização da Medicina Física e de Reabilitação em Portugal

2.2.1. Instituições prestadoras de cuidados de Medicina Física e de Reabilitação

Os cuidados de Medicina Física e de Reabilitação são prestados em várias instituições, pertencentes a diferentes níveis de intervenção, entre as quais o processo de articulação é essencial para facilitação do processo de continuidade de cuidados. Esta articulação deve começar desde a admissão do doente na fase aguda da doença, a qual deverá ser o mais precoce possível (evitando ou minimizando assim as sequelas que conduzem à incapacidade), à alta hospitalar, transferência para outras unidades hospitalares ou centros de reabilitação, até ao regresso e assistência no domicílio. São os Fisiatras os principais responsáveis por esta articulação (DGS, 2003).

Pelo sistema de registo obrigatório de prestadores de cuidados de saúde na Entidade Reguladora da Saúde (ERS), estabelecido de acordo com o art. 29.º do Decreto-Lei n.º 309/2003. Diário da República 1ªsérie - A N.º284 de 10 de Dezembro, e a Portaria n.º 38/2006, Diário da República 1ªsérie - B N.º5 de 6 de Janeiro, é possível conhecer o número de instituições prestadoras de cuidados de MFR, e a sua distribuição geográfica. Considerando, apenas um serviço de MRF por estabelecimento, até Agosto de 2007, contabilizaram-se 617⁹ serviços prestadores de cuidados de MFR, sendo a maioria (462 instituições) detida por entidades privadas (pessoas colectivas e singulares),

⁸ Com a introdução dos GDHs, como base do financiamento hospitalar, o sistema retrospectivo de pagamento tem vindo a dar lugar progressivamente ao financiamento ajustado pela produção, e deveria ter sido exclusivo em 2004. Contudo, tal ainda não aconteceu em Portugal na sua totalidade, uma vez que existe sempre uma parcela de financiamento associada aos “subsídios extraordinários” (Santana, 2005). Em 2009, o GDH representava cerca de 51% do total do financiamento dos hospitais do SNS, sendo que esse financiamento é resultado do produto entre o preço base, índice de casemix e o número de doentes equivalentes (ACSS, 2011b).

⁹ Corresponde em média a 6 serviços de MFR por 100.000 habitantes

correspondendo a 75% de todos os serviços. Os serviços detidos por entidades do sector público são 68 (11%) e os do sector social (cooperativas e Instituições Particulares de Solidariedade Social) são 87, representando 14,1% do total (ERS, 2008). As instituições públicas de MFR estão englobadas na Rede de Referência Hospitalar (RRH) de Medicina Física e de Reabilitação, aprovada por Despacho da Secretária de Estado da Saúde, em 26 de Março de 2002. Esta rede engloba instituições de quatro níveis de intervenção – Centros de Saúde e Hospitais de Nível I; Hospitais Distritais Gerais e Centrais; Hospitais Distritais Gerais, Centrais e Especializados; e Centros de Reabilitação – sendo que os primeiros três níveis se distinguem por uma diferenciação técnico-profissional, sofisticação do equipamento e actividade assistencial, e o último distingue-se de todas as restantes essencialmente pelo tempo de intervenção subsequente. As principais características das diferentes instituições, segundo a Rede de Referência Hospitalar de MFR, são apresentadas de seguida (DGS, 2003):

1) Os Centros de Saúde e Hospitais de Nível I têm como principal função a prevenção da incapacidade e orientação dos doentes a médicos Fisiatras. Deverão possuir protocolos de assistência com os serviços de MFR do hospital de referência.

2) Os Hospitais Distritais Gerais e Centrais (designados também por hospitais da plataforma B) são responsáveis pelo diagnóstico e tratamento dos doentes, respondendo à maioria das situações clínicas em fase aguda. Constituem a estrutura fundamental da Rede, uma vez que a maioria dos hospitais (no seu total 35) pertence a esta categoria. Prestam cuidados a doentes internados, em regime de ambulatório e em regime de Hospital de Dia. Dão apoio técnico às instituições do primeiro nível de intervenção.

3) Os Hospitais Distritais Gerais, Centrais e Especializados (designados também por hospitais da plataforma A) são 14, sendo responsáveis pelo diagnóstico e tratamento diferenciado de MFR. Para ser considerado hospital da plataforma A, é necessário que o mesmo cumpra os seguintes requisitos: uma área de abrangência de 400.000 habitantes; casuística anual superior a 300 AVC; integração na rede de urgência como hospital polivalente e a presença de um serviço de internamento próprio de MFR. Estes hospitais devem ainda possuir um mínimo de 3% do total de camas destinado à MFR, providenciando um internamento de duração média de 30 dias e estar articulados com centros de reabilitação.

4) Os Centros de Reabilitação são dedicados aos doentes que necessitam de cuidados mais prolongados de reabilitação (mas com potencial de reabilitação) devido à complexidade de muitas das patologias, prestados por uma equipa multidisciplinar, que providencia uma reabilitação activa, dinâmica e intensiva, com fim a uma reinserção socioprofissional sempre

que possível. Os centros de reabilitação prestam cuidados em regime de internamento, hospital de dia, ambulatório, e consultas externas (essencialmente para acompanhamento dos doentes previamente internados). Os centros devem funcionar em articulação com os serviços de MFR dos hospitais (sendo que os doentes devem ser obrigatoriamente referenciados pelos hospitais que compõem a Rede de Referência Hospitalar de MFR) e com as diferentes unidades integrantes dos cuidados extra-hospitalares. Deverão ter um número mínimo de 240 doentes internados por ano, sendo a duração média do internamento de 90 dias (DGS, 2003). Actualmente existem três grandes centros de medicina física e reabilitação – o Centro de Medicina de Reabilitação de Alcoitão (CMRA), Centro de Medicina de Reabilitação da Região Centro (CMRRC) e o Centro de Medicina de Reabilitação do Sul (CMR Sul) (Simões, Barros e Silva, 2009) estando o Centro de Medicina de Reabilitação do Norte (CMR Norte) ainda em processo de construção, com data prevista de abertura para Novembro de 2011 (ARS Norte, 2006).

Uma vez saídos do serviço de internamento hospitalar, os doentes com necessidade de reabilitação devem ser admitidos nos centros de reabilitação segundo alguns critérios. Assim, a admissão dos doentes deve ser feita de imediato nos “pós-operatórios, fase aguda, em que o mínimo atraso no início de tratamento coloque em risco o prognóstico funcional / êxito da cirurgia efectuada”; de modo urgente, com demora ideal inferior a 15 dias nos casos em que exista uma “patologia em que as evidências demonstram que o atraso no início do tratamento prejudicam o prognóstico funcional (por exemplo para os casos de AVC, fase aguda/subaguda) (...)”; e de modo rápido, com demora ideal inferior a 30 dias, nos casos de patologia em que “patologia em que as evidências demonstram que o atraso no início do tratamento são causadoras de situações / sequelas que podem prejudicar o prognóstico funcional” (Simões, Barros e Silva, 2009)

2.2.2. Necessidade de camas de Medicina Física e de Reabilitação

Os longos tempos de internamento das patologias integradas na MFR, em relação às restantes especialidades hospitalares, e a necessidade de uma intervenção rápida e eficaz nestas patologias, tornam imprescindível a criação de unidades ou serviços de reabilitação com camas destinadas exclusivamente a estes doentes, ao nível dos hospitais centrais e distritais gerais, e a criação de centros especializados em cuidados de reabilitação, com número suficiente de camas para internamento destes doentes. Em 1998 existia um rácio de apenas 0,028 camas de internamento para reabilitação por 1000 habitantes, o que consiste num total de 279 camas (incluindo as instituições públicas e privadas). O rácio recomendado

foi de 0,2¹⁰ por cada 1000 habitantes, o que daria um total de 2000 camas, as quais deveriam ser distribuídas por hospitais e centros de reabilitação públicos (875) e privados (1125). Destas, estima-se que os hospitais da plataforma A deveriam possuir um total de 275 camas, a nível nacional. Tendo em conta alguns pressupostos, como as patologias incapacitantes com maiores taxas de incidência por ano, a taxa de incidência dessas doenças, a necessidade de cuidados em hospitais de plataforma A, e a demora média (DM) do internamento, estas camas deveriam ser distribuídas por patologia, do modo apresentado na tabela 1 (DGS, 2003).

Tabela 1: Necessidade de camas em hospitais da plataforma A

Patologias		Taxa de incidência	Número de casos com necessidade de reabilitação	Demora Média Esperada	Número de camas
Acidente Vascular Cerebral		20.000 / ano, dos quais 17.000 sobreviventes	1.700	30 dias	140
Traumatismo crânio-encefálico		8.000 / ano	800	30 dias	70
Lesões medulares agudas	Traumáticas	25 / milhão de habitantes (sobreviventes)	250	30 dias	35 ¹¹
	Não Traumáticas	6,3 / milhão de habitantes	69	30 dias	
Lesões músculo-esqueléticas		7.500 / ano	750	10 dias	20
Outros		-	-	-	10
Total			3569		275

Fonte: DGS, 2002.

Os centros de reabilitação deverão possuir um total de 600 camas, destinadas aos doentes transferidos das unidades de agudos dos hospitais, cuja distribuição geográfica deverá ser: 190 na região Norte, 140 na região Centro, 190 em Lisboa e vale do Tejo (LVT) e alto Alentejo e 80 na região do Algarve e baixo Alentejo. Em relação ao número de casos, dos 8.000 doentes por ano com traumatismo crânio-encefálico, cerca de 1.000 irão necessitar de cuidados deste tipo de nível (em centros de reabilitação), tal como 1.000 dos 17.000 doentes de AVC. Em relação às lesões medulares, estima-se um número de 400 casos por ano, o que perfaz um total de 2.400 doentes, cujas demoras médias de internamento rondam os 3 meses (DGS, 2003).

2.2.3. Número de camas de Medicina Física e de Reabilitação no sector público

Dos hospitais públicos que possuem a especialidade de Fisiatria, apenas alguns possuem realmente um serviço de internamento de Medicina Física e Reabilitação, com camas

¹⁰ Em França, o Jornal Oficial de 17/12/1988 mostra que deveria existir um rácio de 0,3 a 0,5 camas destinadas para reabilitação, por 1000 habitantes. A Sociedade espanhola de reabilitação e Medicina Física recomenda 0,22 camas por cada 1000 habitantes.

¹¹ Distribuídas por três hospitais da plataforma A do seguinte modo: 12 para a região Norte, 8 para a região Centro e 15 para as regiões Lisboa e vale do tejo, Alentejo e Algarve

destinadas exclusivamente a estes doentes, como apresentado na tabela 2. Dessas instituições, podemos verificar que os hospitais que mais contribuem, em número de camas, para o tratamento de doentes de MFR são o Hospital de São Marcos, o Hospital de Santo António, o Centro Hospitalar das Caldas da Rainha e o Hospital de Curry Cabral. Destes, apenas o hospital de São Marcos e o hospital de Santo António são da plataforma A. De qualquer modo, o número de camas fica muito aquém do recomendado (DGS, 2003).

Tabela 2: Número de camas por serviço de internamento de MFR, em hospitais

Região	Número de instituições com Fisiatria	Número e nome das instituições com serviço de internamento de MFR	Número de camas no serviço por instituição	Número total de camas
Norte	16	1) HD. Macedo Cavaleiros (Bragança) 2) H. São Marcos (Braga) 3) H. Santo António (Porto) 4) H. Maria Pia (Porto) 5) H. Padre Américo – Vale do Sousa	2 34 (fisioterapia; ortopedia) 22 2 (na medicina geral) 3	63
Centro	16	1) CH das Caldas da Rainha 2) H. Santo André (Leiria)	12 1 (na medicina)	13
LVT	23	1) H. Curry Cabral (Lisboa)	20	20
Alentejo	5	0	0	0
Algarve	3	0	0	0
Total	63	8	96	96

Fonte: DGS, 2002.

O número de camas, disponíveis nos centros de reabilitação, está apresentado na tabela 3.

Tabela 3: Número de camas por serviço de internamento nos centros de reabilitação

Centro de Reabilitação	Nº total de camas	Número de camas por serviço de internamento / patologia
CMRA	114	94 – serviço de LVM + serviço de reabilitação geral adultos 20 - serviço de reabilitação pediátrica
CMRRC ¹²	80 (Mas, em 2008 foi praticada uma lotação de 50 camas) + (32)	80 – serviço de internamento para LVM + serviço de reabilitação geral de adultos 32 – exclusivas para serviço de internamento ex-hansenianos (possui 18 doentes; não são admitidos novos doentes neste serviço desde Outubro de 1996)
CMR Sul	54	15 - exclusivas ao internamento de lesões medulares e traumatismos crânio-encefálicos (sendo ocupadas por outras patologias apenas se não existirem listas de espera). Não possui serviço de internamento de pediatria
Total		248

Fonte: adaptado de Simões, Barros e Silva, 2009; Sizenando *et al*, 2007; Ministério da Saúde - CMRRC, 2011

¹² O Programa Funcional do CMRRC, de 1997, propôs uma lotação de 142 camas (30 para doentes com TCE e AVC, 30 para doentes com LVM, 4 camas para queimados, 4 camas de apoio ao bloco operatório, 44 camas para amputados, traumatizados e outros, e 30 para doentes pediátricos). Este programa ainda não está concluído (Simões, Barros e Silva, 2009).

O centro de medicina de reabilitação do Norte, em processo de construção, irá possuir um total de 100 camas, distribuídos por cinco serviços de internamento distintos (15 camas para reabilitação geral; 10 para reabilitação pediátrica; 25 para reabilitação de lesões medulares; 15 para reabilitação de TCE e 35 para a reabilitação de AVC e outros doentes neurológicos¹³) (ARS Norte, 2006). Deste modo, a assimetria regional da distribuição de centros de reabilitação será minimizada, e o número total de camas a nível nacional deverá ser de 348 no fim do ano de 2011.

2.2.4. Perfil clínico dos doentes tratados nos serviços de internamento de MFR

Em Portugal, não existe um registo centralizado de informação sobre todos os doentes de todas as instituições públicas e privadas de MFR, não sendo possível conhecer com pormenor as características dos doentes tratados nestas instituições (ERS, 2008). Contudo, alguns dados disponíveis sobre o perfil dos doentes, ajudam-nos nesta caracterização: Sabe-se que as doenças do aparelho circulatório, nomeadamente as doenças cérebro vasculares e a doença isquémica cardíaca, estão entre as principais causas de morbilidade, incapacidade e mortalidade em Portugal; por outro lado, os traumatismos e lesões consequentes dos acidentes geram um elevado número de situações de deficiência, e perda de funcionalidade entre os jovens, e situações de morbilidade, incapacidade e dependência nos adultos e mais idosos. Estas patologias constituem assim um importante problema de saúde pública, cujos custos económicos e psicossociais são elevados, mas difíceis de calcular, e para as quais o sistema de saúde português possui pouca capacidade de resposta (DGS, 2004).

Em 2001, 8,3% dos indivíduos idosos afirmaram apresentar grandes incapacidades, e cerca de 12% necessitava de assistência para as actividades da vida diária. Dos indivíduos que afirmam possuir incapacidades funcionais, 92,5% necessitam de assistência quase diária. Para além destes dados, existe ainda um grande desconhecimento das capacidades funcionais, por grupos etários, dos indivíduos em Portugal. Um conhecimento mais aprofundado dos doentes com patologias potencialmente incapacitantes é necessário para ajudar nas tomadas de decisão, no que diz respeito à criação de novas necessidades de cuidados de saúde e no investimento de estruturas adequadas ao seu adequado tratamento (DGS, 2004).

Em relação aos centros de reabilitação referidos como integrantes da Rede de Referenciação Hospitalar de MFR, existem alguns dados clínicos disponíveis dos doentes aqui tratados:

¹³ Esta distribuição por diferentes áreas de reabilitação, poderá vir a sofrer alterações consoante a avaliação futura das necessidades (ARS Norte, 2006).

O CMRA possui três serviços de internamento¹⁴: o serviço de lesões vértebro-medulares, onde são admitidos doentes adultos portadores de patologia medular, o serviço de reabilitação geral de adultos onde são admitidos doentes portadores de patologia de causa não medular, e o serviço de reabilitação pediátrica e desenvolvimento onde são admitidos doentes com idade inferior a 18 anos (Simões, Barros e Silva, 2009; Santa Casa da Misericórdia de Lisboa, 2011). A aplicação de um sistema de classificação para doentes de reabilitação, actualmente em desenvolvimento (mais tarde explicado) aos dados de internamento de 2006, tornou possível encontrar o tipo e frequência das patologias tratadas neste centro. As patologias são apresentadas na tabela 4 (Anexo II), sob a designação de “Número de doentes por Categoria Funcional no CMRA, ano 2006” (Simões, Barros e Silva, 2009), da qual se pode verificar que para o ano de 2006, as principais patologias tratadas neste centro foram o AVC (33,4%), a lesão traumática da coluna vertebral (18,4%), o traumatismo crânio encefálico (9,3%), lesão não traumática da coluna vertebral (8,1%) e patologias neurológicas (6,9%).

O CMRRC possui três serviços de internamento: serviço de reabilitação geral de adultos e o serviço de lesionados vértebro-medulares, nos quais são prestados cuidados de saúde a doentes com lesões neurológicas cerebrais, lesões medulares e músculo-esqueléticas, doentes amputados, grandes poli-traumatizados, reumáticos, queimados e doentes com lesões cardiovasculares. Destas áreas de intervenção, as patologias mais frequentemente tratadas são o AVC e as lesões medulares. Este centro de reabilitação possui ainda um serviço de internamento para doentes ex-hansenianos (Simões, Barros e Silva, 2009; Ministério da Saúde - CMRRC, 2011).

Uma análise aos dados de internamento do ano de 2008, do CMR Sul, permitiu encontrar as patologias tratadas neste centro, através dos “Grupos de Diagnóstico Funcional”¹⁵, e a respectiva ocorrência, à semelhança do realizado para o CMRA. Na tabela 5 (Anexo II), sob a designação de “Número de doentes por Grupo de Diagnóstico Funcional, do CMR Sul, ano 2008” encontra-se a lista detalhada dessas patologias, que nos permite concluir, que para o ano de 2008, o CMR Sul prestou essencialmente cuidados de reabilitação a doentes com AVC (60%), lesões medulares (17,4%, das quais 10,2% traumáticas e 7,2 não traumáticas) traumatismos crânio-encefálicos (8,1%) e doenças neurológicas (6,5%). Juntamente com os casos de lesões cranianas não traumáticas, politrauma major e Guillain Barré, são estas as patologias com prioridade de internamento neste centro. Caso não existam listas de espera,

¹⁴ Os critérios de exclusão para admissão de doentes no CMRA são os seguintes: Doente medicamente não estável; condições físicas que não permitam tolerar, participar ou beneficiar de programa intensivo de reabilitação; défice cognitivo que não permita a participação em programa intensivo de reabilitação, excepto quando a limitação seja decorrente do diagnóstico de admissão; doente não motivado para programa de reabilitação e opções de reintegração pós alta não definidas” (Simões, Barros e Silva, 2009).

¹⁵ Os grupos de diagnóstico funcional estabelecidos, não foram os mesmos do CMRA.

são ainda admitidos doentes com espinha bífida, infecção, neoplasias, complicações médicas e cirúrgicas e outras complicações medicamente complexas (Simões, Barros e Silva, 2009).

Tendo em conta as patologias incapacitantes com maiores taxas de incidência por ano, já referidas, e a predominância das patologias com necessidade de internamento em centros de reabilitação, estima-se que as três patologias incapacitantes mais frequentemente tratadas nos serviços de internamento de hospitais de agudos sejam: AVC, TCE e LVM. De modo a recolher informação sobre estas patologias ao nível dos cuidados hospitalares, foi realizado um levantamento dos GDH “correspondentes” destas patologias. Para tal, foram utilizados os dados disponíveis do *The inpatient rehabilitation facility – patient assessment instrument training manual: effective 04/01/04*, no qual, são apresentados os códigos da CID-9-MC para cada um dos grupos de incapacidade devido a AVC, TCE e LM. Com os códigos da CID-9-MC, obtiveram-se os GDH correspondentes através do manual *Diagnosis Related Groups, Definitions Manual version 16.0* (Averill *et al*, 1999), apresentados na tabela 6. O excerto da Portaria n.º 839-A/2009, Diário da República, 1.ª série – N.º147 de 31 de Julho de 2009, com os GDH seleccionados encontra-se em Anexo III.

Tabela 6: GDH por tipo de patologia

Patologia	GCD ¹⁶	GDH
LVM (traumáticas)¹⁷	1	GDH 9 – Perturbações e ou lesões traumáticas raquidianas
AVC	1	GDH 14 – Acidente vascular cerebral com enfarte
	1	GDH 15 – Acidente vascular cerebral não específico e ou oclusão pré-cerebral sem enfarte
TCE	1	GDH 761 – Estupor e ou coma traumático, coma de duração >1hora
	1	GDH 762 – Concussão ou traumatismo intracraniano, com coma <1 hora ou sem coma, idade <18 anos
	1	GDH 763 – Estupor e ou coma traumático, coma <1 hora, idade <18 anos
	1	GHD 764 – Concussão ou traumatismo intracraniano, com coma <1hora ou sem coma, idade >17 anos, com Complicações ou Co-morbididades (CC)
	1	GDH 765 – Concussão ou traumatismo intracraniano, com coma <1hora ou sem coma, idade >17, sem CC
	1	GDH 766 – Estupor e ou coma traumático, coma < 1 hora, idade > 17 anos, com CC
	1	GDH 767 – Estupor e ou coma traumático, coma < 1 hora, idade > 17 anos, sem CC
	25	GDH 730 – Craniotomia por traumatismos múltiplos significativos ¹⁸
	25	GDH 792 – Craniotomia por traumatismos múltiplos significativos, com CC major não traumáticas
“Reabilitação”	23	GDH 462 – Reabilitação

Fonte: Portaria n.º 839-A/2009, Diário da República, 1.ª série – N.º147 de 31 de Julho de 2009

¹⁶ A Grande Categoria de Diagnóstico (GCD) 1 corresponde a “Doenças e Perturbações do Sistema Nervoso”, a GCD 25 a “Traumatismos Múltiplos Significativos” e a GCD 23 a “Factores com influência no Estado de Saúde e Outros contactos com os Serviços de Saúde”

¹⁷ As lesões vértebro-medulares não traumáticas foram excluídas da análise, uma vez que devido à sua grande variedade de causas etiológicas, foram encontrados 11 GDH distintos, pertencentes a 4 grandes categorias de diagnóstico distintas. Dentro dos diagnósticos de cada um desses GDH, onde poderão existir eventualmente alguns casos de LVM não traumáticas, existe ainda uma grande variedade de outros diagnósticos muito distintos, optando-se então pela sua exclusão.

¹⁸ Os GDH 730 e 792 foram encontrados para os TCE, bem como para as LVM. Contudo optou-se por incluí-los nos TCE.

Foi feita uma análise estatística dos GDH identificados, através da base de dados nacional dos GDH dos anos de 2002 a 2009, em termos de número de episódios de internamento por ano, por grupo etário e por destino após alta. Todas estas variáveis foram ainda recolhidas para o GDH 462 – Reabilitação, por ser o único de todos os GDH que se refere aos cuidados de MFR. Contudo, neste GDH são englobados os diagnósticos de “*fitting prosthesis*”, “*physical therapy*”, “*speech therapy*”, “*rehabilitation procedure*” entre outros (Averill *et al*, 1999), sendo muito pouco explicativo da realidade dos doentes que necessitam de cuidados de reabilitação.

Os resultados da análise estatística encontram-se em Anexo IV, na tabela 7: “Número de episódios de internamento por ano”, na tabela 8: “Número de episódios de internamento anual por grupo etário”, e na tabela 9: “Número de episódios de internamento anual por destino após a alta”. Podemos concluir que o número de episódios das lesões vértebro-medulares traumáticas tem sofrido uma pequena diminuição ao longo dos anos, sendo 329 em 2002 e 269 em 2009. O número de episódios de AVC, tem vindo a sofrer um aumento, sendo 17.211 em 2002 e 17.507 em 2009. Contudo, nos anos de 2005, 2006 e 2008, este valor foi superior a 18.000 casos por ano. O número de episódios de TCE são os que apresentam a maior variação, tendo diminuído muito significativamente nos anos analisados, de 8.645 casos em 2002 para 4.341 em 2009. Da tabela 8, que indica o número de episódios por ano, por grupo etário, podemos verificar que, regra geral, é o grupo etário “65 a 79 anos”, o mais afectado por estas patologias. Contudo, esta variação não é tão evidente nas LVM como nos AVC, sendo ainda que nos TCE, entre os anos de 2002 a 2005, o grupo etário “<18 anos” era o mais afectado. Da análise da tabela 9, que indica o número de episódios por ano por destino após alta, concluímos que a maioria dos doentes teve como destino após alta o domicílio. Por fim, em relação ao GDH 462, podemos verificar que o número de doentes internados em hospitais de agudos classificados como episódios “Reabilitação” tem sofrido algumas alterações nos últimos anos, sendo 74 em 2002 e 161 em 2009, com o maior pico registado em 2007, com 232 doentes. Em relação ao grupo etário e destino após alta, apresenta o mesmo padrão das patologias analisadas, ou seja, o grupo etário “65 a 79 anos” é o mais frequente, e o domicílio é o destino após alta mais frequente.

Da tabela 9, podemos ainda observar que o total de doentes que necessitam de ser transferidos para uma outra instituição com serviço de internamento, ou seja, com destino após alta “Outra instituição com internamento”, tem vindo a sofrer uma diminuição, mais ou menos acentuada, ao longo dos anos em todos os GDH analisados. Considerando os valores totais, o número de doentes transferidos em 2002 foi de 3.735 e 1.744 em 2009.

Deste modo, em relação a estes doentes, procurou-se analisar a possibilidade de existência de um padrão no número de dias que os doentes permaneciam em internamento até serem transferidos, ao longo dos anos¹⁹. Procurou-se também estabelecer um padrão entre os diferentes GDH representativos da mesma patologia. No Anexo IV são apresentados os gráficos (Gráficos 1 a 10) que foram realizados para cada GDH, em função do número de dias de internamento dos doentes transferidos para outra instituição com internamento, e número de doentes transferidos. Como se pode verificar pela tabela 9, o baixo número de episódios com este tipo de destino após alta nos GDH 462, 730 e 792, impossibilitou a construção de um gráfico para estes GDH.

No total dos GDH analisados, conclui-se que a maioria dos doentes é transferida após 2, 3 ou 4 dias de internamento. Contudo, esta tendência tem vindo a diminuir ao longo dos anos, e de forma gradual, na maior parte das vezes. No GDH 9, representativo das LVM traumáticas, a diminuição na tendência de transferência dos doentes após 4 dias de internamento sofreu uma diminuição desde 2005, mantendo-se relativamente estável desde então. Os GDH 14 e 15, representativos do AVC, apresentam padrões distintos na evolução das transferências dos doentes, mas em ambos se observa uma diminuição da tendência de transferência dos doentes nos primeiros dias de internamento entre 2002 e 2009. Apenas os GDH 761, 762, 763, 764, 765, 766 e 767, representativos dos TCE, apresentam na maioria, um padrão semelhante de evolução: diminuição ao longo dos anos na tendência de transferência dos doentes até aos 4 primeiros dias de internamento, com valores muito elevados para o ano de 2002, com excepção do GDH 766.

Voltando à análise do número de episódios totais dos GDH, e comparando os resultados obtidos do número de episódios dos GDH seleccionados para o ano de 2009, com as taxas de incidência e consequente necessidade de camas, apontadas em 2002, pela Direcção-Geral da Saúde (Rede de Referência Hospitalar de Medicina Física e de Reabilitação), podemos verificar que a incidência de casos com AVC e LVM traumáticas apontada foi de 17.000 para o AVC e 250 para as LVM, sendo bastante consistente com o número de episódios encontrados pela análise dos GDH para o ano de 2009: 17.507 para AVC e 269 para as LVM. Apenas para os TCE, a incidência apontada em 2002, de 8.000 casos por ano, é consistente com os resultados encontrados através dos GDH para esse mesmo ano (8.645 casos), mas não com o ano de 2009, uma vez que se tem verificado um decréscimo significativo do número de episódios registados com esta patologia.

¹⁹ O ano de 2007 teve que ser excluído na construção dos gráficos, devido a erros inespecíficos durante o processamento da base de dados nacional dos GDH 2007.

Em relação aos centros de reabilitação, para além do número de doentes por tipo de patologia já referidos, sabemos ainda alguns dados administrativos, tal como o número total de doentes saídos, demora média, número de doentes saídos por cama e destino após alta. Estes dados encontram-se sintetizados na tabela 10.

Tabela 10: Centros de reabilitação – variáveis administrativas

Centro de Reabilitação	Ano	Número total de doentes saídos	Demora Média	Doentes saídos por cama	Destino após alta
CMRA	2006	407	90 dias	3,5	87% domicílio
	2008	365 ²⁰	96 dias	3,2	75% domicílio (4% lar; 4% unidade agudos; 9% unidade crónicos; 8% “outro”)
CMRRC	2005	448	49 dias	5,6	100% domicílio
	2008	280	84 dias	3,5	100% domicílio ²¹
CMR Sul	2007	114	59 dias	2,1	79% domicílio
	2008	319	48 dias	5,7	90% domicílio (3% lar; 4% unidade agudos; 1% unidade crónicos; 2% “outro”)

Fonte: Simões, Barros e Silva, 2009

No CMRA e CMRRC não existem dados disponíveis da demora média por tipo de patologia ou severidade da doença. O CMR Sul tem vindo a realizar alguns estudos internos, com o objectivo de avaliar a evolução clínica e a demora média de doentes com determinadas patologias. Assim, para o CMR Sul, sabemos ainda que as demoras médias em 2007, para uma amostra de 153 doentes, com as patologias de LM, TCE, AVC e “outro”, foram de 57, 46, 39 e 30 dias. (Pimenta, 2008); Para o primeiro semestre de 2008, as DM de 140 doentes foram de 68 dias para as LM (para 29 doentes saídos), 98 dias para TCE (para 10 doentes saídos), 47 dias para AVC (para 84 doentes saídos) e 78 dias para “outros” (para 17 doentes saídos). Para 70 doentes com lesão encefálica adquirida no ano de 2007, verificou-se que 71% possuíam AVC isquémico, 11% AVC hemorrágico, 11% traumatismo crânio-encefálico e 1% possuem outras lesões encefálicas. Em relação às demoras médias, por patologia, verificamos que o TCE é o que apresenta uma DM mais elevada, de 45 dias, seguindo-se o AVC com 39 dias e as “outras lesões encefálicas” com uma DM de 35 dias. O grupo etário com maior incidência destas patologias situa-se entre os 69 a 78 anos, seguindo-se o grupo entre os 49 a 58 anos (Sizenando *et al*, 2007).

Os centros de reabilitação, pertencentes à Rede de Referência Hospitalar de MFR, possuem articulações com hospitais, e deveriam possuir com a RNCCI e outras entidades.

²⁰ Os valores em “itálico” foram obtidos por cálculo livre através do número total de camas e o indicador “doentes saídos por cama”

²¹ Esta informação deve ser interpretada com cautela

O CMRA recebe doentes de todo o país, sendo o acesso ao internamento feito através da referência de um Médico, e a decisão de admissão passa pela Unidade de Gestão de Doentes do CMRA (Simões, Barros e Silva, 2009; Santa Casa da Misericórdia de Lisboa, 2011). O CMRA possui uma equipa de gestão de altas, a qual referencia os doentes com necessidade para a RNCCI. O CMRRC deveria receber apenas os doentes referenciados por hospitais classificados como plataforma A (Hospital da Universidade de Coimbra e o Hospital de Viseu), da sua área de abrangência. Contudo, articula-se com todos os Hospitais e unidades de saúde da região Centro ou seja, com as instituições de saúde localizadas nos distritos de Aveiro, Castelo Branco, Coimbra, Guarda, Leiria e Viseu (Simões, Barros e Silva, 2009). A admissão para internamento é precedida por uma consulta do fisiatra do CMRRC que verifica se o doente cumpre os “Critérios e as Condições de Admissão para Internamento”. Não é possível fazer uma transferência directa de um doente, de outra instituição (Ministério da Saúde - CMRRC, 2011). O CMRRC não possui articulações específicas com outras instituições, nomeadamente com a RNCCI, apesar do que se encontra definido no âmbito da mesma. Alguns dos doentes são apenas referenciados para centros de saúde. O CMR Sul abrange principalmente a população das regiões do Baixo Alentejo e do Algarve, apesar de receber também doentes de todo o país e de outros países (desde que não existam listas de espera). Os hospitais do SNS e a ARS do Algarve referenciam os doentes para o centro, bem como algumas unidades de cuidados continuados. Este Centro possui uma articulação com unidades de média duração e reabilitação e unidades de longa duração e manutenção, por intermédio das equipas da RNCCI da zona de residência do doente, e com dois tipos de estruturas de apoio domiciliário: as equipas de cuidados continuados no domicílio (pertencentes aos centros de saúde), e as instituições particulares de solidariedade social ou Santas Casas da Misericórdia, com valência de apoio domiciliário (Simões, Barros e Silva, 2009).

2.2.5. Financiamento dos serviços de internamento de Medicina Física e Reabilitação

O financiamento dos doentes em internamento num serviço de MFR é efectuado por diária de internamento (sem nenhum tipo de ajustamento relativo à sua complexidade e necessidade de cuidados) com valores distintos consoante se trate de internamento em unidades de internamento de hospitais de agudos pertencentes ao SNS, ou em centros de reabilitação especializados. Assim, para o primeiro caso, segundo o artigo 10.º ponto 3 da Portaria n.º132/2009. Diário da República 1.ª série N.º21 de 30 de Janeiro de 2009, “No caso de doentes internados em serviços de medicina física e de reabilitação oficialmente reconhecidos de hospitais de agudos, o internamento é facturado, por diária, ao valor de 247€”. Para os doentes internados em centros de reabilitação especializados, segundo o artigo 10.º ponto 4 da Portaria n.º132/2009. Diário da República 1.ª série N.º21 de 30 de

Janeiro de 2009, “No caso de doentes internados em centros especializados em medicina física e de reabilitação, o pagamento será efectuado, por diária, ao valor de 408€.”

Os centros de reabilitação analisados, apesar de serem todos unidades do SNS, integradas na Rede de Referência Hospitalar de MFR, apresentam diferentes modelos jurídicos. O CMR Sul é uma parceria público-privada, o CMRRC integra-se no sector público administrativo do Estado, e o CMRA é um estabelecimento da Santa Casa da Misericórdia de Lisboa (Simões, Barros e Silva, 2009). Assim, o CMRA é financiado segundo o estabelecido na Portaria; o CMRRC é financiado pela produção, de acordo com os preços estabelecidos nos contratos-programa, no qual o preço da diária de internamento estabelecido para o ano de 2006 foi de 398,92€, tendo diminuído, e estabilizado, para 247,05€ nos anos de 2007, 2008 e 2009. Contudo, devido ao aumento da produção, o valor total da parcela de internamento tem vindo a aumentar, de 2.277.035,00€, no ano de 2006, para 2.502.122,40€ em 2008, e 3.440.912,40€ em 2009 (Simões, Barros e Silva, 2009; ACSS, 2009). Para o CMR Sul, de acordo com o Contrato de Gestão para remuneração da actividade 2007-2008, os episódios de internamento são pagos por um preço de referência de 365,99€ (Simões, Barros e Silva, 2009).

2.3. Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI)

A lacuna existente em Portugal em relação aos cuidados pós-agudos levou ao desenvolvimento da Rede Nacional de Cuidados Continuados de Saúde a Idosos e Dependentes, de modo a melhorar a oferta de serviços de saúde do sistema público, com uma articulação do sector social. Esta foi instituída pelo Decreto-lei n.º101, de 2006, de 6 de Junho, após ter sido aprovada, em Abril do mesmo ano, pelo Conselho de Ministros, por iniciativa dos Ministérios da Saúde e do Trabalho e da Solidariedade Social (Gonçalves, 2010). A RNCCI é constituída por um conjunto de instituições públicas e privadas²², que visam a prestação de cuidados de saúde e de apoio social através de unidades de internamento e de ambulatório, bem como de equipas hospitalares e domiciliárias. Assim, pretende-se promover a continuidade dos cuidados de forma integrada a pessoas em situação de dependência, independentemente da idade, de forma a promover a sua autonomia e melhorar a sua funcionalidade, ou manutenção das mesmas (RNCCI, 2011). A Unidade de Missão dos Cuidados Continuados Integrados (UMCCI) é o organismo responsável pela coordenação da Rede, e pretende garantir o seu bom funcionamento, monitorizando a mesma. Tanto a nível hospitalar, como ao nível dos cuidados de saúde primários, existem equipas responsáveis pela referênciação, apoio e aconselhamento sobre a Rede. No primeiro caso, são as Equipas de Gestão de Altas e no segundo, as Equipas de

²² A RNCCI inclui unidades privadas, centros da Santa Casa da Misericórdia e unidades em hospitais (para os cuidados de convalescença e paliativos) (RNCCI, 2009a)

Cuidados Continuados Integrados as responsáveis para a referenciação após a avaliação da situação clínica e grau de dependência do doente. O primeiro passo deste processo é o registo do doente no sistema informático desenvolvido pela UMCCI, com determinados dados para a criação de um episódio. Posteriormente, o processo é avaliado e aceite segundo determinados critérios (Gonçalves, 2010). Os objectivos da RNCCI passam pelo aumento da eficiência nos hospitais de agudos, pela diminuição do tempo médio de internamento²³ (RNCCI, 2009a), e “pela diminuição da taxa média de ocupação de camas hospitalares, redução do número de internamentos e reinternamentos de doentes em situação de dependência e redução dos custos das unidades hospitalares de agudos” (RNCCI, 2009b).

Existem quatro unidades de internamento distintas, consoante as necessidades, para onde são encaminhados os doentes após uma situação de doença aguda (por exemplo, após AVC, fractura do colo do fémur...) ou após agravamento de doença crónica que conduz a situações de dependência. A primeira, a Unidade de Convalescença destina-se aos doentes após o internamento hospitalar, por um período que não deverá exceder os 30 dias, e tem como objectivos principais “tratamento e a supervisão clínicas e de enfermagem de forma continuada e intensiva, bem como cuidados de reabilitação”. Neste caso, para estas unidades, o pagamento dos serviços prestados deverá ser na sua totalidade da responsabilidade do sector da saúde. As unidades de Média Duração e de Reabilitação “destinam-se à reabilitação e ao apoio social, por situação clínica decorrente de recuperação de um processo agudo, ou pela descompensação de processo patológico crónico, a pessoas com perda transitória de autonomia potencialmente recuperável”. Nestas unidades, o período de internamento não deverá exceder os 90 dias, e o financiamento deverá ser, em 70% da responsabilidade do sector da saúde, e o restante da responsabilidade da Segurança Social. As unidades de Longa Duração e Manutenção “prestam apoio social e cuidados de manutenção a pessoas com doença crónica, em diferentes níveis de dependência e que não reúnem as condições para serem cuidadas no domicílio”. O seu período de internamento poderá exceder os 90 dias, sendo a Segurança Social responsável pela grande maioria do financiamento destas unidades, cabendo-lhe 80% do mesmo (Gonçalves, 2010; RNCCI, 2011). Finalmente, as unidades de Cuidados Paliativos “prestam acompanhamento, tratamento e supervisão clínica de doentes em situação clínica complexa e de sofrimento decorrente de doença severa e/ou avançada, incurável e progressiva”.

²³ Um dos indicadores na área dos sistemas de saúde (do Plano Nacional de Saúde 2004/2010) utilizados para a monitorização da eficiência da RNCCI é a DM de internamento hospitalar. Desde 2006, que esta DM tem vindo a diminuir encontrando-se perto do valor desejado – 6 dias. Os valores mais baixos verificam-se na região Norte e Algarve sendo 6,9 e 7,2 respectivamente (RNCCI, 2010a)

Estas unidades possuem um espaço físico próprio, habitualmente localizado num hospital (RNCCI, 2011).

O número de camas da RNCCI, em funcionamento a 30 de Junho de 2010, por região e por tipo de unidade de internamento é apresentado na tabela 11.

Tabela 11: Número de camas da RNCCI em 2010

Região	Unidade de Internamento				
	Convalescença	Média duração e Reabilitação	Longa duração e manutenção	Paliativos	Total
Norte	251	430	631	35	1347
Centro	172	437	603	14	1226
LVT	124	218	413	61	816
Alentejo	58	127	223	6	414
Algarve	50	74	183	10	317
Total	655 (15,9%)	1286 (31,2%)	2053 (49,8%)	126 (3,1%)	4120 (100%)

Fonte: adaptado de RNCCI, 2010a.

O número de camas de todas as tipologias de internamento tem vindo a aumentar nos anos de 2008, 2009 e 2010. Entre 2008 a 2009 registou-se um aumento de 331 camas na unidade de média duração e reabilitação, correspondendo a uma variação de 36%. Do ano de 2009, para o 1º semestre de 2010 verificou-se um aumento de 33 camas, correspondendo a uma variação de 3% (RNCCI 2010a, 2010b).

A contratualização entre as entidades prestadoras da RNCCI, e as entidades pagadoras tem por base uma tabela de preços por diária de internamento. Este preço é de âmbito nacional, e é estabelecido pelos Ministérios da Saúde e Segurança Social, através de estimativas realizadas a partir da despesa das entidades prestadoras, e inclui todos os serviços necessários à prestação de cuidados de saúde e de apoio social, ou seja, os recursos humanos, materiais e outros (Gonçalves, 2010). À semelhança dos cuidados de MFR este sistema impossibilita saber com rigor o que se está a pagar, pois não tem em conta nem as características dos doentes nem as das próprias instituições (Mateus, 2010). Existem apenas diferentes preços para as diferentes unidades (Gonçalves, 2010), e não se prevê um pagamento diferenciado em termos de diferentes níveis de capacidade funcional dos doentes (Relatório de Primavera, 2010). Assim, segundo a Portaria n.º 326/2010, Diário da República 1.ª série N.º 115 de 16 de Junho de 2010, os preços para cada unidade de internamento são os seguintes: 104,39€ para a unidade de convalescença e para a unidade de cuidados paliativos, 86,67€ para a unidade de média duração/reabilitação e 58,37€ para a unidade de longa duração e manutenção.

2.3.1. Perfil clínico dos doentes tratados nas unidades de internamento da RNCCI

Regra geral, os doentes da rede possuem doenças crónicas e/ou pluripatologias cuja recuperação deve continuar fora do hospital, mas que ainda não reúnem condições para regressar ao domicílio. (RNCCI, 2009a). Em termos de diagnóstico principal²⁴, subjacente à situação de dependência dos doentes, dados do primeiro semestre de 2010 mostram que a patologia cardiovascular (especialmente a doença vascular cerebral aguda (AVC)) é o diagnóstico mais frequente nos doentes referenciados, e corresponde a um total de 20%. Contudo, este número diminuiu para metade, quando comparado com dados de 2009 (40%). Quando associado com a doença vascular cerebral mal definida, esse grupo passa a representar 23% do total dos diagnósticos, contudo também aproximadamente metade (47%) do verificado em 2009. A fractura do colo do fémur é o segundo diagnóstico mais frequente, e representa 10% do total dos diagnósticos. Neste diagnóstico também se verificou uma diminuição em relação ao ano anterior, o qual representava 15%. Contudo, há que ter em atenção que os dados referidos para o ano de 2010 apenas correspondem ao 1º semestre (RNCCI, 2010a, 2010b). As doenças do foro oncológico representam 90% dos doentes internados nas unidades de cuidados paliativos (Gonçalves, 2010). Em relação à idade, podemos verificar que 79% dos doentes referenciados no 1º semestre de 2010 têm mais de 65 anos, e que 40% dos doentes referenciados no mesmo período têm mais de 80 anos. Os doentes do grupo etário 18-49 anos, representam apenas 6% do total dos internamentos (RNCCI, 2010a). As mulheres representam cerca de 52% da população (Gonçalves, 2010). Por destino após alta sabe-se que em 2009, 61,5% dos doentes tiveram alta por terem sido atingidos os objectivos terapêuticos, sendo este o principal motivo de alta (RNCCI, 2010a). O sucesso para a intervenção e o atingir dos objectivos é condicionado pelo grau de autonomia dos doentes na admissão, bem como pelo plano de intervenção multidisciplinar (Gonçalves, 2010). Contudo, a grande parte dos doentes com alta, continua a necessitar de cuidados no domicílio (Santana, 2010).

Em relação à capacidade funcional dos doentes, a RNCCI definiu como instrumento de avaliação o “Método de Avaliação Biopsicossocial” (MAB) (em Anexo V). O objectivo deste instrumento é avaliar as condições físicas, funcionais, mentais, sociais e condições relacionadas com o estilo de vida dos doentes (Santana, 2010), e pretende ter uma função de “detecção e monitorização longitudinal de pessoas em situação de dependência, delineada com base em instrumentos internacionais validados” de modo a contribuir para o diagnóstico e plano de intervenção biopsicossocial do doente. A informação recolhida pelo MAB é uniformizada e passível de ser informatizada, sendo que pretende ter características similares a um instrumento de recolha de dados e contribuir para a “poupança de recursos”.

²⁴ O diagnóstico principal foi identificado utilizando os códigos da CID-9.

O MAB possui três áreas: “Bio”, “Psico” e “Social”, cada uma com determinados “Domínios”, pontuados de 0 a 4, os quais reflectem uma avaliação completa do doente. Os diferentes domínios são apresentados na tabela 12 (RNCCI, s.d.).

Tabela 12: Domínios do Modelo Biopsicossocial

	Áreas		
	BIO	PSICO	SOCIAL
Domínio	<ul style="list-style-type: none"> - Sexo - Idade - Queixas de saúde - Estado de nutrição - Quedas - Locomoção - Autonomia física (Índice de Katz) - Autonomia instrumental (Lawton) 	<ul style="list-style-type: none"> - Queixas emocionais - Estado cognitivo (excerto de MMSE de Folstein²⁵) 	<ul style="list-style-type: none"> - Estado social - Hábitos

Fonte: RNCCI, s.d.

O conjunto das pontuações obtidas nos 12 domínios transcritas sequencialmente permite obter um registo numérico do conjunto da avaliação, que corresponde então ao Perfil Biopsicossocial do doente (RNCCI, s.d.). No que diz respeito ao domínio “autonomia física”, os doentes são classificados nos seis itens do índice de Katz, segundo quatro graus e/ou níveis de dependência: incapaz, dependente, autónomo e independente. Os doentes classificados como incapazes e dependentes na admissão da RNCCI têm vindo a aumentar de 87% em 2008, 94% em 2009 e 96% no 1º semestre de 2010. Contudo, importa verificar os resultados em separado para cada unidade de internamento (RNCCI, 2010a).

Unidades de média duração e reabilitação

O número de doentes referenciados, assistidos e o número de dias de internamento para as unidades de média duração e reabilitação são apresentados na tabela 13.

Tabela 13: Número de doentes e DM nas unidades de média duração e reabilitação

Unidades de Média Duração e Reabilitação			
	Doentes referenciados	Doentes assistidos	Demora Média
2008	4.902	4.594	86 dias
2009	6.418	5.242	76 dias
Variação	31%	14%	-12%
2010 (1ºSemestre)	2.339	3.450	95 dias
Variação	-	-	+24%

Fonte: adaptado de RNCCI 2010a, 2010b.

²⁵O Mini Mental State Examination (MMS) de Folstein avalia de uma forma rápida e simples a função cognitiva, nomeadamente a orientação, atenção, cálculo, linguagem e memória do doente, num total máximo de 30 pontos (Tombaugh *et al*, 1996). No instrumento MAB são utilizados os itens “orientação no tempo” e “orientação no espaço” do MMSE.

Pela análise da tabela 13, podemos verificar que o número de doentes referenciados e assistidos tem aumentado entre 2008 e 2009, contudo ainda não é possível assistir todos os doentes com necessidades, ou seja, referenciados. Na análise da demora média, é necessário ter em atenção as assimetrias regionais. Assim, do ano de 2008 para 2009, todas as regiões apresentaram uma diminuição da demora média, excepto a região LVT que apresentou um aumento de 12%. A região com maior diminuição na demora média foi a região Centro, com uma variação de -22%. No primeiro semestre de 2010, verificou-se um aumento da demora média em todas as regiões, sendo a mais significativa na região do Algarve, com um aumento de 46%. Apesar deste aumento, é na região de LVT que se encontra a demora média mais elevada, com 139 dias de internamento, aproximando-se da média nacional verificada para as unidades de longa duração e manutenção - 188 dias. (RNCCI, 2010a, 2010b).

Em relação à capacidade funcional dos doentes admitidos nas unidades de média duração e reabilitação, dados da RNCCI mostram que em 2008 os doentes classificados como incapazes e dependentes representavam 89% do total das admissões, em 2009 esse número subiu para 97% e para 98% no 1º semestre de 2010 (RNCCI, 2010a, 2010b). Outro estudo, que pretendia caracterizar os doentes da RNCCI, mostra que no ano de 2008, de uma amostra de 556 doentes admitidos para internamento numa unidade de média duração e reabilitação: 42% dos doentes possuem entre 65 a 79 anos, e 32% possuem mais de 80 anos; o número de doentes classificados como “independentes” diminui com a idade; e o estado cognitivo é avaliado como “mau” num terço destes doentes, e tende a piorar com a idade (Rato, Rodrigues e Rando, 2009).

Como destino após alta, dados de 2008 e 2009 mostram que, 81% dos doentes tiveram como alta “domicílio com suporte” em 2008 e 63% em 2009; 0% dos doentes em 2008 tiveram como destino após alta “domicílio sem suporte”, e 15% em 2009; 17% dos doentes em 2008 tiveram como destino após alta “resposta social”, e 15% em 2009; e por fim, 2% dos doentes em 2008 tiveram como destino após alta “outros” e 8% em 2009 (RNCCI, 2010a, 2010b).

Por fim, as análises de ganhos de autonomia física, entre a admissão e a alta, de uma amostra de 1.623 doentes do 1º semestre de 2010, mostram que ocorreu uma diminuição de 22% de “incapazes”, um aumento de 3% de “dependentes”, um aumento de 541% de “autónomos” e um aumento de 614% de “independentes”, sendo que os “autónomos” e “independentes” representavam na admissão apenas 2% dos doentes incluídos na amostra (RNCCI, 2010b).

PARTE III

3. METODOLOGIA

3.1. Fontes de Informação

Para a realização da metodologia do trabalho de projecto, foram efectuadas pesquisas nas bases de dados *Pubmed Central* e *B-on*, bem como no motor geral de pesquisa *Google*, de onde foram recolhidas nomeadamente publicações de revistas científicas periódicas dos Estados Unidos da América, Canadá e Austrália. Foram também consultados sites de Organizações Internacionais nomeadamente o *Centers for Medicare and Medicaid Services*, *Australasian Rehabilitation Outcomes Centre* e o *Canadian Institute for Health Information*, e de Organizações Nacionais nomeadamente da Administração Central do Sistema de Saúde, Ministério da Saúde e Diário da República. Todas as publicações oficiais encontradas serviram de base para a concepção e desenvolvimento do trabalho, e o não acesso livre de determinadas publicações da Austrália e do Canadá foi ultrapassado pelo contacto directo dos membros responsáveis pelos mesmos nas respectivas instituições, tendo-se conseguido a disponibilização aos documentos pretendidos.

3.2. Modo de Investigação

Em primeiro lugar foi efectuada uma breve revisão de literatura das escalas de medição da capacidade funcional dos doentes com necessidades de cuidados de reabilitação, de seguida foi realizado um levantamento dos instrumentos de recolha de dados actualmente utilizados nos EUA, Austrália e Canadá e elaborada uma extensa revisão de literatura dos respectivos sistemas de classificação de doentes de reabilitação desenvolvidos em cada um destes países. Após a pesquisa efectuada, constatou-se que apesar de existirem mais países (europeus) os quais se dedicam ao desenvolvimento de sistemas de classificação de doentes de reabilitação, a escassa informação encontrada não permitiu o aprofundamento desses mesmos sistemas, provavelmente porque o seu desenvolvimento se encontra ainda num momento muito recente, não existindo publicações disponíveis. Em relação ao sistema de classificação de doentes de reabilitação em processo de desenvolvimento na Alemanha, foram as barreiras linguísticas que não permitiram uma análise do mesmo, uma vez que os artigos encontrados publicados na *PubMed Central* apenas se encontravam em Alemão.

Após a descrição do desenvolvimento e características dos sistemas de classificação de doentes de reabilitação implementados e/ou em vias de serem implementados dos EUA, Austrália e Canadá é efectuada uma análise crítica dos mesmos. Por fim, são apresentados os avanços na implementação de um desses sistemas de classificação existentes em Portugal e a justificação para essa escolha, a são discutidas as vantagens e desvantagens, e propostas algumas recomendações para a sua implementação.

3.3. Escalas de medição de Actividades da Vida Diária

A avaliação das capacidades funcionais do doente é realizada pelo desempenho do mesmo em determinadas tarefas, designadas por Actividades da Vida Diária (AVD). Estas podem ser divididas em: Actividades básicas da vida diária, que envolvem funções relacionadas com a capacidade funcional como vestir-se, tomar banho, mover-se etc, e em Actividades instrumentais da vida diária²⁶, que envolvem funções relacionadas com a capacidade do indivíduo em levar uma vida independente, tais como preparar refeições, fazer compras, utilizar o telefone, administrar as suas finanças, tomar medicamentos etc (Duarte, Andrade e Lebrão, 2007). Na tabela 14, são apresentadas as características fundamentais das escalas de medição da capacidade funcional mais frequentemente utilizadas nos serviços de medicina física e de reabilitação. Para além das escalas apresentadas na tabela 14, que podem ser aplicadas aos doentes independentemente da sua causa de incapacidade, outras escalas de medição da capacidade funcional têm sido desenvolvidas para determinados tipos de diagnóstico. Como exemplos destas, podemos referir: a escala da *American Spinal Injury Association* (ASIA), a qual avalia a severidade de uma lesão medular tendo em conta a capacidade motora e nível de sensibilidade do doente (ASIA, 2011), a escala de *Kurtzke* ou escala expandida do estado de incapacidade para a Esclerose Múltipla, que pretende medir a dependência funcional nos doentes com Esclerose Múltipla e a escala *Functional Assessment Measure* (FAM)²⁷, que foi desenvolvida como uma expansão da escala *Functional Independence Measure* (FIM) em Português, Medida de Independência Funcional (MIF) para a avaliação do estado cognitivo nos doentes com traumatismos crânio-encefálicos. Normalmente, estas escalas são utilizadas em conjunto, sob o nome de FIM-FAM (Turner-Stokes *et al.*, 1999). Todas estas escalas apresentadas têm como objectivo medir as capacidades funcionais de doentes adultos, com necessidade de reabilitação. Contudo, a presença de patologias incapacitantes em crianças, conduziu para a necessidade de criação de escalas de medição da incapacidade nestes doentes, normalmente avaliada pelo seu desenvolvimento psico-motor. Como exemplos destas podemos referir: A Medida de Independência Funcional para crianças (WeeFIM), que consiste numa modificação da MIF com o objectivo de avaliar a funcionalidade de crianças desde os 6 meses até aos 7 anos de idade (Msall *et al.*, 1994), e a escala de Avaliação da Incapacidade Pediátrica (*Pediatric Evaluation of Disability Inventory* - PEDI), também desenvolvida para crianças dos 6 meses até aos 7 anos (Feldman, Haley e Coryell, 1990).

²⁶. Como exemplo de escalas de medição destas actividades, temos a de Lawton e Brody, desenvolvida em 1969, a qual mede oito itens de actividades instrumentais da vida diária – usar o telefone, gerir dinheiro, fazer compras, lida da casa, usar transportes, tomar medicamentos, preparar refeições, tratar de roupa (Duarte, Andrade e Lebrão, 2007).

²⁷ A escala FAM é constituída por 12 itens: deglutição, transferências para automóvel, acesso à comunidade, leitura, escrita, inteligibilidade do discurso, estado emocional, adaptação às limitações, tempos livres, orientação, atenção e sensibilização para a segurança, pontuadas de 0 a 7, possibilitando um resultado máximo de 84 pontos (Donaghy e Wass, 1998; Turner-Stokes *et al.*, 1999)

Tabela 14: Escalas específicas de medição da capacidade funcional ou actividades básicas da vida diária

Designação	Características	Método de classificação
Índice de Barthel (Mahoney e Barthel, 1965)	<ul style="list-style-type: none"> - Criado no ano de 1965 - Construída para doentes com lesões músculo-esqueléticas ou neuromusculares - Mede a habilidade do doente em determinadas tarefas de auto-cuidados, pretendendo estabelecer o seu grau de independência. - Permite avaliar a evolução do doente, sendo usualmente aplicada no início e no fim do tratamento, podendo ainda ser aplicada várias vezes, a meio do mesmo. - A avaliação de cada item é baseada no tempo e quantidade de assistência física necessária prestada ao doente para a realização de uma actividade, quando este não é capaz de a realizar sozinho (a “assistência” é considerada quer seja física ou verbal, quer seja mínima e por quaisquer razões). - A avaliação do resultado de cada item pode ser mais significativa do que o resultado final, uma vez que assim é possível saber onde se encontra a maior dificuldade do doente. - Apresenta como vantagens a simplicidade, fácil aplicação, e facilidade de aprendizagem pelos profissionais de saúde. - Como desvantagens, apresenta a fraca sensibilidade à mudança, uma vez que o resultado final da escala pode não ser alterado, em situações em que o doente já não necessita de assistência física, mas ainda necessita de supervisão, e o facto das características ambientais poderem influenciar o resultado do doente (exemplos: portas suficientemente largas para a passagem de uma cadeira de rodas; todas as divisões da casa situadas no mesmo nível; barras de apoio na casa de banho etc). 	<ul style="list-style-type: none"> - Possui 10 itens: Alimentação, Banho, Higiene pessoal, Vestir, Continência urinária, Continência fecal, Uso da sanita, Transferências, Mobilidade, Escadas. - Dependendo da actividade, esta pode ser classificada como 0 ou 5; 0, 5 ou 10; e ainda 0, 5, 10 ou 15. Ou seja, cada actividade é pontuada de forma distinta, com legendagem própria do significado de cada pontuação. - A utilização de ajudas técnicas para ser independente é permitida. - Os diferentes resultados das pontuações indicam o grau de independência do doente, em que: Uma pontuação >60 indica dependência leve ou independência; entre 40 a 55 indica dependência moderada; entre 20 a 35 indica dependência severa, e <20 indica dependência total. - O resultado medido no fim do tratamento deverá reflectir o máximo estado de independência daquele doente. - O resultado máximo (100 pontos) deverá indicar a cessão de necessidade de fisioterapia, com apenas eventual assistência de manutenção da funcionalidade. - O resultado máximo nunca é pontuado ao doente que necessite de assistência, quer seja mínima, ou que necessite de supervisão para a realização da actividade, sendo assim considerado “não independente”.
Índice de Katz de AVD (Wallace e Shelkey, 2007; Duarte, Andrade e Lebrão, 2007)	<ul style="list-style-type: none"> - Criado no ano de 1963 por Sidney Katz - Avalia o estado funcional do doente pela medição da sua habilidade de executar actividades da vida diária de forma independente. - Indica as dificuldades do doente, sendo utilizado pelos profissionais para estabelecimento do plano de tratamento. - Utilizada também para estabelecer prognósticos, avaliar as necessidades assistenciais dos doentes e determinar a efectividade do tratamento. - Possui uma maior eficácia quando utilizado em doentes mais idosos, independentemente da incapacidade ou doença. 	<ul style="list-style-type: none"> - Possui seis categorias de AVD: Vestir, Banho, Higiene pessoal, Transferências, Continência e Alimentação - Segundo o formato “Guttman” os doentes são classificados com “independente” (que corresponde a 1 ponto) ou “dependente” (que corresponde a 0 pontos) em cada uma das funções. Os resultados finais das pontuações indicam o grau de independência do doente, nos quais uma pontuação de 6 indica função total, 4 indica incapacidade moderada e <2 indica incapacidade severa. - Segundo o formato “Likert” os doentes são classificados de 0 a 3 para cada item, em que 0 significa dependência total, 1 significa dependente, 2 autónomo e

	<ul style="list-style-type: none"> - Como limitação podemos apontar a não avaliação de AVD mais avançadas ou complexas, uma vez que avalia apenas as mais básicas. - Como vantagens podemos apontar a sensibilidade á mudança do estado funcional do doente, contudo a sua capacidade de medir pequenos aumentos da mudança da capacidade funcional é limitada. - Desde a sua elaboração, tem sido modificada e simplificada, para diferentes abordagens, continuando a demonstrar a sua utilidade na avaliação do estado funcional dos doentes mais idosos. Contudo, estudos formais de validade e fiabilidade não foram efectuados. - As suas modificações, e diferentes classificações dificultam a uniformização de conceitos e comparabilidade dos dados. - Serviu de base para a criação de escalas mais actuais 	3 independente total. O resultado máximo com este método de classificação é de 18 pontos.
<p>Medida de Incapacidade Funcional (MIF)</p> <p>(Stineman 2001; Stineman <i>et al</i>, 1997; Grimaldi, 2002; Carter 2003; www.udsmr.org)</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Desenvolvida nos EUA no ano de 1984 por organizações especializadas em Reabilitação, com o objectivo de criar um sistema uniforme e fiável de avaliação funcional e de determinação da severidade dos doentes. - Foi implementada em 1988 pelo <i>Uniforme Data System for Medical Rehabilitation</i> (UDS_{MR}). Os dados da MIF foram depois recolhidos do UDS_{MR}, e vários estudos testaram a validade da escala utilizando essa mesma base de dados. - Avalia o estado funcional, medindo o tipo e quantidade de assistência necessária requerida por uma pessoa com incapacidade para realizar determinadas actividades. - Utilizada para estabelecer objectivos de reabilitação, medir o progresso da reabilitação e os resultados da mesma. - A utilização da escala para avaliação do doente consiste, muitas vezes, num processo multidisciplinar. - É sensível à mudança, tendo uma maior vantagem de ser aplicada em doentes em regime de internamento do que em ambulatório. - Inevitavelmente envolve alguma subjectividade, bem como a ocorrência de atribuição de diferentes resultados para a mesma circunstância, por diferentes profissionais. Uma adequada formação dos profissionais é necessária de modo a minimizar estas discrepâncias. - A sua aplicação leva cerca de 30 minutos para cada doente. - Utilizada em diversos países como EUA, Canadá, Austrália, França, Japão, Suécia e Alemanha, sendo o instrumento mais difundido e utilizado para medição da incapacidade global. 	<ul style="list-style-type: none"> - Abrange seis domínios de AVD: Controlo de esfíncteres, Mobilidade, Marcha, Comunicação, Capacidades cognitivas e sociais. - Estes domínios estão presentes num total de 18 itens, dos quais 13 dizem respeito à função motora (determinando o nível de funcionalidade física) e 5 à função cognitiva (determinando o nível de funcionalidade mental), os quais são classificados de 1 (completamente dependente) a 7 (completamente independente). - Os itens motores da escala são: Alimentação, Cuidados de aparência externa, Banho, Vestir: parte superior, Vestir: parte inferior, Higiene Pessoal, Controle da bexiga, Controle intestinal, Transferências: cama, cadeira, cadeira de rodas, Transferências: lavabo, Transferências: banheira ou duche, Locomoção: andar, cadeira de rodas, Locomoção: escadas. - Os itens cognitivos da escala são: Compreensão, Expressão, Relação social, Resolução de problemas do quotidiano e Memória. - O resultado das capacidades do doente determina a sua independência funcional, sendo que, quanto mais baixo é esse resultado, menor é a independência funcional do doente, e maior é a sua necessidade de assistência e mais dispendioso é o tratamento do mesmo. - Os resultados possíveis variam de 18 a 126 pontos no máximo.

Como já foi referido, para a construção de um sistema de classificação de doentes de reabilitação, seria necessário incluir a variável “estado funcional” do doente. Assim, nos EUA, foi realizada uma revisão das escalas/instrumentos existentes de medição das capacidades funcionais dos doentes, que permitisse aos profissionais de reabilitação avaliar a severidade da incapacidade de uma forma válida e fiável. Após essa revisão, em 2001, foi recomendado o uso da escala Medida de Independência Funcional, como recolha de dados para o novo sistema de pagamento prospectivo, visto que se trata de um instrumento padrão de medição do resultado de reabilitação, com uma boa consistência interna e uma boa validade discriminativa (Carter *et al.*, 2003), conhecido e utilizado há muito tempo em diversos países, e suficiente para este propósito, sendo também pouco dispendioso em comparação à criação de um novo instrumento (Stineman, 2001).

3.4. Instrumentos de recolha de dados

3.4.1. Estados Unidos da América: *Inpatient Rehabilitation Facility – Patient Assessment Instrument* e *Minimum Data Set for Skilled Nursing Facilities*

Para tornar possível a implementação de um sistema de classificação de doentes, é necessário criar um instrumento de recolha de dados (conjunto mínimo de dados), uniformizado, o qual deverá ser aplicado a todos os doentes incluídos nesse sistema. Nos EUA, os sistemas de classificação de doentes desenvolvidos para as *Inpatient Rehabilitation Facilities* (IRF) e *Skilled Nursing Facilities* (SNF) são independentes, apesar da sobreposição de alguns tipos de serviços prestados, e da presença dos mesmos profissionais de saúde nestas instituições - fisioterapeutas, terapeutas da fala, terapeutas ocupacionais, enfermeiros e outros. Contudo, estas instituições diferem entre si no nível e intensidade de serviços prestados. Tem havido um esforço, da parte do *Medicare Payment Assessment Commission* (MedPAC) em desenvolver um instrumento uniforme de recolha de dados²⁸ desde os anos 90, para os diferentes tipos de instituições prestadoras de cuidados pós e não-agudos, entre as quais os *Long-Term Care Hospital*, IRF, SNF, *Home Health* e *Psychiatric Care*, visto que um instrumento de recolha de dados uniforme, para além de possibilitar a monitorização do acesso, das admissões e a qualidade dos cuidados, poderia servir também para monitorizar as transferências e os resultados dos doentes entre as diferentes instituições. Contudo, o que se verificou é que os instrumentos de recolha de dados têm vindo a ser desenvolvidos em separado, por especialistas de cada área de prestação de cuidados com diferentes propósitos. Ou seja, dos sistemas de classificação já desenvolvidos, cada um utiliza um instrumento diferente de recolha de dados. Estes instrumentos diferem entre si em termos de elementos que avaliam, a periodicidade da

²⁸ O instrumento de recolha de dados inicialmente proposto foi o Minimum Data Set for Post-Acute Care, e pretendia recolher dados de todos os episódios pós e não agudos. Contudo, não chegou a ser implementado (Stineman, 2002).

avaliação e as escalas ou instrumentos de avaliação que incorporam. Assim, quando o SPP entrou em vigor, o CMS utilizou os instrumentos de recolha de dados, que foram sendo desenvolvidos para cada tipo de cuidados, para ajustar os pagamentos para cada prestador (Kramer *et al.*, 2006).

O instrumento de recolha de dados *Inpatient Rehabilitation Facility – Patient Assessment Instrument* (IRF-PAI) foi desenvolvido em 2001, para uma *inpatient rehabilitation population*, com o objectivo de melhorar a recolha de dados da capacidade funcional dos doentes de reabilitação, com diversos tipos de diagnóstico, mas todos eles com necessidade de medicina física e reabilitação. Este instrumento substituiu o *Uniform Data System for Medical Rehabilitation* (UDS_{MR})²⁹, sendo uma versão modificada deste (Grimaldi, 2002). O IRF-PAI é utilizado com o fim de classificar o doente numa das classes finais do sistema de classificação de doentes *Case-mix Groups* (CMGs) e para a determinação do pagamento para cada doente *Medicare* admitido numa unidade de IRF ou num *rehabilitation hospital*. O instrumento IRF-PAI é requerido pelo CMS desde 1 de Janeiro de 2002, como parte do sistema de pagamento prospectivo das IRF e tem de ser aplicado a todas as admissões em todas as IRF sob o SPP da *Medicare* (Grimaldi, 2002; Kramer *et al.*, 2006). Todos os dados recolhidos têm que ser electronicamente codificados num *software* desenvolvido para o efeito. O *software*³⁰ inclui um *patient classification programming* designado por GROUPER *software*, que utiliza elementos específicos do IRF-PAI para classificar, ou agrupar, os doentes nos diferentes CMGs e determinar a existência de co-morbilidades relevantes para as diferentes condições de incapacidade. O GROUPER *software* produz um número de cinco dígitos para cada doente. O primeiro número é um carácter alfabético que indica o nível de co-morbilidade. Os restantes quatro dígitos representam a categoria final de CMGs (CMS, 2009a). Para o cálculo do pagamento, o *software* PRICER deve ser utilizado. Este sistema utiliza o número de CMG previamente determinado, e juntamente com outros dados específicos do doente e da instituição, tem como objectivo ajustar o pagamento das IRFs para os episódios interrompidos, transferências, episódios com baixas ou longas demoras médias (*outliers*), mortes durante o tratamento, ajustamentos no pagamento por índice de salários, percentagem de doentes com baixo rendimento e localização rural (CMS, 2004).

O instrumento de recolha de dados *Minimum Data Set* (MDS) foi originalmente desenvolvido para o planeamento dos cuidados e monitorização da qualidade para os *long-term care residents* das *nursing facilities*. Actualmente é aplicado tanto aos doentes *long-term care*

²⁹ O *Uniform Data System for Medical Rehabilitation* (UDS_{MR}) foi concebido em 1983 pelo *American Congress of Rehabilitation Medicine* e o *American Academy of Physical Medicine Rehabilitation* com o objectivo de avaliar e documentar o estado funcional dos doentes, e uniformizar a medição da severidade da incapacidade e os resultados da reabilitação. Inclui dados demográficos, clínicos e dados administrativos. Contudo, este instrumento tem vindo a ser alvo de crítica devido aos elevados encargos administrativos de recolha e processamento de dados sendo substituído pelo IRF-PAI (Carter *et al.*, 2003)

³⁰ O *Inpatient Rehabilitation Validation and Entry* (IRVEN) *software product*, é um exemplo dos sistemas electrónicos de codificação, inclui o GROUPER *software* e é disponibilizado pelo CMS nos EUA (CMS, 2009a).

como aos doentes pós-agudos internados nas SNFs. Assim, quando o SPP foi estabelecido para as SNFs, em 1998, o MDS era o instrumento de recolha de dados existente utilizado nestas instituições. A partir dessa data, o mesmo tornou-se obrigatório para todos os doentes *Medicare* e *Medicaid* admitidos nestas instituições. De um modo geral, o MDS foca-se nas diferentes condições de saúde, incapacidades cognitivas como a comunicação, condições psiquiátricas como delírios ou agitação, dor, estado da pele, condições de alimentação, e tratamento especial como a quimioterapia, diálise, traqueostomias, ventilação mecânica entre outros. O instrumento MDS versão 3.0³¹ é muito extenso e complexo, sendo constituído por 17 secções com um total de 126 questões. A secção G “*Funcional Status*” é dedicada à avaliação da capacidade funcional do doente, sendo determinante na classificação do mesmo na classe final do sistema de classificação *Resource Utilization Groups* (RUG). Assim, por exemplo, ao total dos minutos de terapia codificado no MDS, é atribuído um peso de 25% pelo programa GROUPER para a classificação na classe final do RUG (Keane Care, 2010).

3.4.2. Austrália – AROC Inpatient Clinical Data Set

O instrumento de recolha de dados *Inpatient Clinical Data Set* (ICDS) foi desenvolvido pelo *Australasian Rehabilitation Outcomes Centre* (AROC)³² com base no *Australian Minimum Data Set for Rehabilitation*, e pretende estar de acordo com o *National Health Data Dictionary* sempre que possível. Inclui informação do serviço onde é realizada a reabilitação, dados clínicos do doente que recebe os cuidados de reabilitação e dados administrativos do período de reabilitação. As instituições devem introduzir os dados directamente na base de dados do AROC, via *AROC Online Services*. A versão 3 do *AROC Inpatient Clinical Data Set* foi implementada em Julho de 2007, juntamente com a implementação da versão 2 do sistema de classificação *Australian National Sub-Acute and Non-Acute Patient casemix classification* (AN-SNAP) e a divulgação do *Australian Impairment Codes*. O ICDS inclui a escala de MIF como escala de avaliação do estado funcional, à semelhança do IRF-PAI (AROC, 2011).

3.4.3. Canadá – National Rehabilitation Reporting System

O instrumento de recolha de dados *National Rehabilitation Reporting System* (NRS) foi desenvolvido pelo *Canadian Institute for Health Information* (CIHI) para recolha de informação demográfica, clínica e dos serviços prestados aos doentes adultos³³ de

³¹ O instrumento MDS 3.0 completo encontra-se no: “Development and validation of a revised nursing home assessment tool: MDS 3.0” (Saliba e Buchanan, 2008a e 2008b).

³² O AROC foi criado a 1 de Julho de 2002, como uma iniciativa conjunta do sector de reabilitação australiano, entre os quais prestadores, pagadores, reguladores e consumidores. Possui uma base de dados com mais de 250 mil episódios e cobre mais de 85% das camas de reabilitação, de instituições públicas e privadas da Austrália (Green e Gordon, 2007; AROC, 2011).

³³ O NRS aceita dados de todos os doentes admitidos nas designadas instituições, contudo, após recebidos, a avaliação do conjunto de dados é direccionada para os doentes adultos (com idade superior a 18 anos).

reabilitação em regime de internamento, com o objectivo de classificação dos doentes no sistema de classificação *Rehabilitation Patient Groups* (RPG). Os doentes incluídos no NRS são aqueles cujo motivo da admissão se deve a uma condição física ou cognitiva³⁴. A capacidade funcional, é também medida pela escala de MIF. Os dados do NRS são directamente submetidos para o CIHI através de um *software*, tornando-se obrigatórios a 1 de Outubro de 2002, para todas as instituições de Ontário com camas afectas a doentes de reabilitação, e que fornecem *hospital-based inpatient rehabilitation services*. Estas instituições podem ser grandes hospitais especializados em reabilitação, ou unidades de reabilitação pertencentes a grandes hospitais de agudos. Para além da classificação dos doentes, o NRS pretende ainda ser um meio de apoio para tomadas de decisão, novas investigações e planeamento de serviços de reabilitação, uma vez que possibilita a realização de comparações dos dados a nível nacional, a identificação das lacunas nos dados clínicos e administrativos de reabilitação, a publicação de análises e estatísticas acerca das condições de saúde da população, e do funcionamento dos serviços de saúde (CIHI, 2009).

O CIHI elaborou igualmente um instrumento de recolha de dados a ser aplicado aos doentes menores de 18 anos. Este instrumento é ainda dividido em dois, segundo o grupo etário específico do doente: idade entre 0 a 13 anos, ou entre 14 e 17 anos. Estes instrumentos diferem em alguns itens do NRS utilizado para os doentes adultos (idade igual ou superior a 18 anos). Embora estes dados recolhidos ainda não sejam incluídos no sistema de classificação, a sua recolha poderá ter muitas vantagens no futuro, caso se decida pela elaboração de um sistema de classificação de doentes de reabilitação pediátricos, ou pela alteração do sistema de classificação já existente, de modo a incluir estes doentes (CIHI, 2011a).

Na tabela 15: “Conjunto mínimo de dados – EUA, Austrália e Canadá” são apresentados todos os itens recolhidos pelos instrumentos de recolha dados referidos, e na tabela 16: “Comparação dos instrumentos de recolha de dados” é realizada uma comparação dos elementos mais “importantes” destes instrumentos. O MDS 3.0 foi excluído na tabela 15 devido à sua grande extensão e complexidade, mas incluído na análise realizada na tabela 16.

³⁴ Os doentes com necessidade de serviços de reabilitação devido a uma condição de saúde mental ou por abuso de drogas e álcool não devem ser incluídos no NRS.

Tabela 15: Conjunto mínimo de dados – EUA, Austrália e Canadá

Instrumento de recolha de dados		
IRF-PAI	AROC-ICDS ³⁵	NRS ³⁶
<p>Informação de Identificação 1 a 11 - Inclui informação demográfica do doente (nome, idade, raça, data de nascimento) e da instituição na qual é tratado</p> <p>Informação de Admissão 12 - Data de Admissão 13 - Data de Avaliação 14 - Tipo de Admissão (...) (avaliação, readmissão...) 15 - Admitido de (...) (casa, unidade de agudos...) 16 - Definição de residência pré-hospitalar 17 - Com quem vive 18,19 – Estado profissional e tipo</p> <p>Informação da Entidade Pagadora 20 - Fonte de pagamento primária e secundária</p> <p>Informação Médica 21 - Código de incapacidade (Admissão e Alta) 22 - Código de diagnóstico 23 - Data de início da Incapacidade 24 - Co-morbididades</p> <p>Necessidades Médicas 25 - Doente em estado comatoso? 26 - Doente em estado delirante? 27 - Capacidade de deglutição (Admissão e Alta) 28 - Sinais de desidratação (Admissão e Alta)</p>	<p>1 a 10 - Inclui informação demográfica do doente e da instituição)</p> <p>12 - Tipo de residência antes da admissão 13 - Nível de assistência recebido antes da admissão 16 - Necessidade de intérprete 17 - Estado profissional 23 – Modo de início do episódio: doente admitido de casa (...) 24 – Admitido para apenas avaliação?</p> <p>14,15 - Fonte de financiamento</p> <p>33 – Código de incapacidade AROC 18 – Data de início do episódio 19 – Primeira admissão para esta incapacidade? 20 - A incapacidade foi resultado de Trauma? 21 – Data de admissão aguda (quando relevante) 22 - Tempo desde o início do episódio agudo ou exacerbação aguda da condição crónica 34, 35 – Comorbididades que interferem com a reabilitação 36 – Complicações que interferem com a reabilitação</p>	<p>Informação do Doente (Admissão e Alta) 3 a 6 – Inclui informação do número do processo e cartão de saúde</p> <p>Informação Sociodemográfica 1 (Admissão) 7 a 11, 87 – Inclui informação do doente (sexo, idade, residência...)</p> <p>Informação Sociodemográfica 2 (Admissão) 12 - Com quem vive 14 - Definição de residência pré-admissão 16 - Assistência informal recebida 17 - Estado profissional</p> <p>Dados Administrativos (Admissão) 19, 20, 30 – Tipo de Admissão (planeada, readmissão...) 21 – Data de Admissão 22, 23 – Fonte de referência</p> <p>24- Tipo de pagamento</p> <p>Características de Saúde 34 - Código de incapacidade (na admissão e na alta se diferente) 80 - Código de diagnóstico principal (na admissão e na alta se diferente) 81 - Comorbididades pré-admissão (e co-morbididades pós-admissão na alta) 86 - Procedimentos ou intervenções pré-admissão 83 – Transferido ou falecido (código de condição de saúde) (admissão e alta) 38 – Escala ASIA 39 – Data de início 40 – Altura/peso (admissão e alta)</p>

³⁵ O instrumento de recolha de dados AROC-ICDS não apresenta as categorias claramente definidas; a ordem dos itens foi alterada para uma maior facilidade de comparação dos três instrumentos.

³⁶ O instrumento de recolha de dados NRS é constituído por dois formulários separados, um a ser preenchido na admissão e outro na alta, ao contrário do IRF-PAI e AROC-ICDS, que possuem itens para admissão e alta, mas que se encontram no mesmo formulário. Contudo, para efeitos de comparação, os itens dos dois formulários do NRS foram compilados na tabela.

<p>Modificadores de Funcionalidade 29,30 - Função da Bexiga (Admissão e Alta) 31,32 - Função intestinal (Admissão e Alta) 33 - Transferência para banheira (Admissão e Alta) 34 - Transferência para chuveiro (Admissão e Alta) 35 - Distância percorrida (Admissão e Alta) 36 - Distância percorrida em cadeira de rodas (Admissão e Alta) 37 - Andar (Admissão e Alta) 38 - Cadeira de rodas (Admissão e Alta)</p> <p>Escala de MIF 39 - Avaliação dos 18 itens da escala MIF (Admissão, Alta e Metas)</p> <p>Informação de Alta 40 - Data de Alta 41 - Alta contra parecer médico? 42 - Interrupções do programa de reabilitação? 43 - Datas de Interrupções de programa 44A - Alta para (...) (casa, unidade de agudos...) 44B - Alta com cuidados no domicílio? 45 - Com quem vive após alta 46 - Código de diagnóstico para interrupção ou morte 47 - Complicações durante o episódio de reabilitação</p> <p>Indicadores de Qualidade 48,49 e 50 - Estado respiratório 51 - Avaliação da Dor 52A a F - Úlceras de Pressão 53, 54 – Segurança (equilíbrio e quedas)</p>	<p>37,38 – Escala de MIF (Admissão e Alta) 39, 40 – Data de avaliação MIF (Admissão e Alta)</p> <p>25 – Número total de dias 26 – Número total de dias de suspensão do programa de reabilitação durante o episódio 27 – Número de interrupções de tratamento durante o programa de reabilitação 28 – As interrupções de reabilitação foram não-planeadas? 29 – Data de fim do episódio 30 – Tipo de fim de episódio (doente com alta para (...)) 31 – Tipo de residência após alta 32 – Nível de assistência recebido após fim de episódio 41 – Data de estabelecimento de plano de reabilitação multidisciplinar 42 – Data de estabelecimento do plano de alta - Comentários opcionais</p>	<p>Atividades e Participação (Admissão e Alta) 41 a 58 - Escala de MIF 59 – Impacto da Dor 60 a 62 – Itens opcionais (Preparação de refeições, tarefas domésticas) 79 – óculos/aparelho auditivo 64 – Comunicação – expressão verbal ou não verbal 65 – Comunicação – expressão escrita 66 – Comunicação – compreensão auditiva ou não auditiva 67 – Comunicação – compreensão de leitura³⁷ 68 – Gestão financeira 69 – Orientação³⁸ 70 – Estado de saúde geral</p> <p>Informação Sociodemográfica (Alta) 13 - Com quem vive após alta 15 – Definição de residência pós-alta 16 – Assistência informal recebida 18 – Estado profissional após alta</p> <p>Dados Administrativos (Alta) 19 e 24 – preencher se diferente da admissão 25 – Interrupção dos serviços (datas; código de diagnóstico da razão da interrupção; transferido ou não) 28 – Tipos de prestador 29 – Data de possibilidade de alta 30 – Data real de alta 90 – Razões de espera de alta (se data real > data possível de alta) 31 – Razão para alta 32, 33 – Referenciado para (...)</p> <p>Project fields 88, 89 – <i>Project code, project data</i></p>
--	--	---

Fonte: CMS, 2004; AROC, 2007a; CIHI, 2011b.

³⁷ Os quatro diferentes itens “comunicação” são classificados de 1 a 5, ou 8, sendo que: 5 – Independente, 4 – Supervisão, 3 – Assistência, 2 – Dependente, 1 – Não-funcional e 8 – Não possível de ser testado (CIHI, 2011a).

³⁸ O item “orientação” é classificado como 5 – Orientado no tempo, espaço e auto-orientado, 3 – Orientado em um ou dois itens ou 1 – Orientado em nenhum dos itens (CIHI, 2011a).

Tabela 16: Comparação dos instrumentos de recolha de dados

Instrumento de recolha de dados	IRF – PAI	MDS 3.0	AROC – ICDS 3.0	NRS
Frequência e momento de avaliação	Admissão e Alta (nas primeiras e últimas 72 horas da admissão e alta)	Admissão (entre o 1º e 8º dia); e depois no 14º dia; 30º dia; 60º dia e 90º dia após admissão e alta	Admissão e Alta (nas primeiras e últimas 72 horas da admissão e alta)	Admissã e Alta (nas primeiras e últimas 72 horas da admissão e alta) e <i>Follow-up</i> (opcional)
Método de avaliação	Principalmente por observação directa do doente. Também por comunicação com o doente e com outros profissionais.	Junção da informação recolhida dos diferentes profissionais. A observação directa do doente não é necessária	Principalmente por observação directa do doente	Principalmente por observação directa do doente
Tempo de avaliação	25 minutos	90 minutos	Não disponível	Não disponível
Categorias	<ul style="list-style-type: none"> - Informação de identificação - Informação da admissão - Informação da entidade pagadora - Informação médica - Necessidades Médicas - Modificadores da função - Escala MIF - Informação de alta - Indicadores de qualidade 	17 Secções: A6 Dados demográficos; B8 Audição, fala e visão; C13 Padrões cognitivos; D8 Humor; E11 Comportamento; F7 Rotina, actividades; G7 Estado funcional; H5 Bexiga e intestino; I12 Diagnóstico de doença; J18 Condições de saúde; K5 Deglutição, nutrição; L1 Estado boca, dentes; M13 Pele; N2 Medicação; O7 Tratamento e intervenções; P1 Restrições; Q2 Participação	Sem categorias claramente definidas, mas contem informação acerca de: <ul style="list-style-type: none"> - Informação de identificação - Informação de admissão - Informação da entidade pagadora - Informação médica - Escala de MIF - Informação de alta 	<ul style="list-style-type: none"> - Informação do doente - Informação socio-demográfica - Dados Administrativos - Características de saúde - Actividades e participação - <i>Project fields</i>
Número de questões	54	126	42	44 na admissão e 38 na alta (a categoria <i>follow-up</i> possui 28 itens)
Medição da funcionalidade	MIF na admissão, alta e <u>metas</u>	Actividades da vida diária (AVD) – 12 itens	MIF na admissão e alta	<ul style="list-style-type: none"> - MIF na admissão e alta - Escala ASIA³⁹ na admissão
Itens cognitivos adicionais	Não	Secção C – Padrões cognitivos (13 questões)	Não	<ul style="list-style-type: none"> - Comunicação: expressão verbal - Comunicação: expressão escrita - Comunicação: compreensão auditiva - Comunicação: compreensão de leitura - Orientação
Códigos de Diagnóstico	- <i>Etiologic Diagnosis code</i> (ICD-9-MC) ⁴⁰	Secção I - <i>Active Disease Diagnosis</i> (CID-9)	Não	- <i>Most responsible health condition</i> (ICD-10-CA) ⁴¹
Códigos de Incapacidade	- <i>Impairment Group Codes</i>	Não	- <i>Rehabilitation Impairment Codes</i> ⁴²	- <i>Rehabilitation Client Group</i>
Códigos de Co-morbilidades / Complicações	<ul style="list-style-type: none"> - <i>Comorbid conditions</i> (até 10 códigos de uma lista pré-definida de quase 1000 códigos da ICD-9-MC)⁴³ - <i>Complication during rehabilitation stay</i> (até 6 códigos) CID-9-MC 	- Até 5 <i>Additional diagnoses</i> (CID-9) pertencentes à secção I	<ul style="list-style-type: none"> - <i>Comorbidities</i> (até 4 de 24 pré-definidas) + - <i>Complications</i> (até 4 de 10 pré-definidas) 	<ul style="list-style-type: none"> - <i>Pre-admit comorbid health condition</i> (até 15) e <i>Post-admit comorbid health condition</i> (até 15) (ICD-10-CA) - <i>Pre-admit comorbid procedure or intervention</i> (CCI) (até 3)

Fonte: CMS, 2004; AROC, 2007b; AROC, 2011; CIHI, 2011a e 2011b.

³⁹ A escala de ASIA é utilizada nos casos em que o código de incapacidade identificado corresponde a uma lesão medular traumática ou trauma múltiplo major (CIHI, 2011a)

⁴⁰ A lista dos códigos de diagnóstico e incapacidade do instrumento IRF-PAI encontra-se disponível no "IRF-PAI: Training manual effective 04/01/04" (CMS, 2004)

⁴¹ A lista dos códigos de diagnóstico, incapacidade, co-morbilidades e procedimentos do NRS encontra-se disponível no "Rehabilitation minimum data set manual, Module 2" (CIHI, 2011b)

⁴² A lista dos códigos de incapacidade do AROC-ICDS encontra-se disponível no "AROC Impairment codes guidelines" (AROC, 2007b)

⁴³ A lista das diferentes co-morbilidades do instrumento IRF-PAI encontra-se no "Appendix C – List of comorbidities" (CMS, 2010a)

3.5. Sistemas de classificação de doentes de reabilitação em regime de internamento para fins de financiamento

Actualmente já foram desenvolvidos alguns sistemas de classificação específicos para doentes de reabilitação em regime de internamento, contudo, existem também sistemas de classificação de doentes mais amplos, que classificam os doentes de reabilitação num dos seus “ramos”, tal como os *Australian Refined - Diagnosis Related Groups* (AR-DRGs) e os *Health Resource Groups* (HRGs) desenvolvidos no Reino Unido. Estes sistemas são adaptações do sistema de classificação norte-americano GDH, os quais foram criados por cada um dos países de acordo com a sua realidade. Contudo, a sua não exclusividade faz com que o número de grupos para os doentes de reabilitação seja muito reduzido e pouco específico. Por exemplo, os HRGs possuem apenas dois grupos para os doentes com enfarte, onde são incluídos doentes com todos os tipos de enfarte, de todas as idades e diferentes níveis de capacidade funcional (Turner-Stokes, 2007b).

Assim, o que se pretende analisar são os sistemas de classificação criados apenas para doentes de reabilitação em regime de internamento. Foram encontrados quatro sistemas de classificação, desenvolvidos nos EUA, Austrália e Canadá, e as suas características serão apresentadas de seguida. Na Europa, vários países também têm demonstrado uma preocupação no desenvolvimento de sistemas de classificação para os doentes de reabilitação, nomeadamente o Reino Unido, Noruega, Suíça e Alemanha, contudo, não foi encontrada informação suficiente relativamente ao desenvolvimento dos mesmos, que permita uma análise pormenorizada.

3.5.1. Estados Unidos da América: *Case-Mix Groups*

O início da inclusão dos doentes de reabilitação no sistema de pagamento prospectivo começou nos EUA, com a criação do sistema de classificação de doentes de reabilitação chamado *Case-Mix Groups* (CMGs)⁴⁴, utilizado para fins de financiamento, desde 1 de Janeiro de 2002, dos doentes internados com necessidades de cuidados de reabilitação (*inpatient medical rehabilitation*) nos *rehabilitation hospitals* e nas *Inpatient Rehabilitation Facilities*⁴⁵ (Grimaldi, 2002). A criação deste sistema de classificação começou com o desenvolvimento dos *Function-Related Groups* (FRGs) e mais tarde com os *Functional Independence Measure – Function-Related Groups* (FIM-FRGs) (Stineman, 2001).

⁴⁴ As sucessivas alterações a este sistema são publicadas anualmente no site da CMS (www.cms.gov/) com o nome de *Medicare Program; Inpatient Rehabilitation Facility Prospective Payment System for Federal Fiscal Year (...); Final Rule*.

⁴⁵ Uma IRF é uma instituição pertencente ao *Medicare*, que presta cuidados de reabilitação intensivos, a doentes de reabilitação em regime de internamento. Estes doentes recebem um mínimo 3 horas de terapia combinada (fisioterapia, terapia ocupacional e terapia da fala) por dia, e têm que demonstrar melhorias funcionais consistentes. Os doentes possuem igualmente um acompanhamento intensivo por médicos especialistas (CMS, 2004). Para além disto, as instituições têm que providenciar os serviços a doentes de um dos seguintes diagnósticos (enfarte, LVM, deformidade congénita, amputação, trauma major múltiplo, fractura de anca, traumatismo cerebral, disfunções neurológicas, queimados, artrite, ou prótese de joelho e anca) no mínimo a 60% da sua população (MedPAC, 2009). Em 2008, existia um total de 1.202 unidades designadas IRF (NRH Center for Post-acute Studies, 2009)

Em 1987, diversos estudos pretendiam investigar a possibilidade de implementação de um sistema de SPP para os cuidados de reabilitação. Um desses estudos realizado pelo CMS, RAND Corporation e o Medical College of Wisconsin documentou associações estatísticas entre as variáveis: estado funcional na admissão, demora média de reabilitação, e custos. Tal como na definição dos cuidados de internamento, a demora média demonstrou ser uma medida apropriada de complexidade de case-mix para os doentes de reabilitação por estar fortemente associada com os custos totais destes doentes (Stineman, 1995 e 2001; Carter *et al.*, 2003). Estes resultados demonstraram que existia a possibilidade de implementação de um SPP para os cuidados de reabilitação, desde que fosse utilizada uma medida de confiança de medição do estado funcional (Stineman, 2001; CMS, 2004). Utilizando os resultados deste estudo, Harada *et al.* (1993) desenvolveram os *Functional Related Groups* (FRGs)⁴⁶ como uma possível base para o SPP para a reabilitação. Neste sistema, a definição dos grupos de case-mix começa com a atribuição do doente a uma das nove condições⁴⁷ de reabilitação que descrevem o diagnóstico principal pelo qual o doente foi admitido para reabilitação. Cerca de 75% dos doentes de reabilitação provavelmente serão admitidos por uma destas condições (Stineman, 1995, Carter *et al.*, 2003).

Os FIM-FRGs⁴⁸ foram desenvolvidos com base nos FRGs, por Stineman *et al.*, em 1994, pela adição da variável “estado funcional” medida pela escala de MIF, ao sistema anterior. Este sistema de classificação pretendia agrupar os doentes com base no seu uso expectável de recursos, resultados e custos, esperando determinar o futuro SPP das IRF (Stineman, 2001; Carter *et al.*, 2003). Durante a selecção de doentes, os critérios iniciais de exclusão foram: demora média extremamente longa (>365 dias) ou curta (≤ 3 dias), idade inferior a 16 anos, readmissão para reabilitação após estadia prévia, alta para serviços de medicina aguda ou cirúrgicos sem retorno para a reabilitação nos 30 dias seguintes, admissão para avaliação, transferência para outra instalação de reabilitação, e morte durante a reabilitação. Destes, na versão final do sistema apenas foram excluídos os seguintes casos: demora média extremamente longa (>365 dias), idade inferior a 16 anos, alta para serviços de medicina aguda ou cirúrgicos sem retorno para a reabilitação nos 30 dias seguintes, e transferência para outra instalação de reabilitação (Stineman, 1997).

Em 2000, o sistema de classificação FIM-FRGs foi renomeado para *Case-Mix Groups*. Muitos dos autores consideram inadequada esta nova designação, isto porque o nome CMGs é um termo vago e pouco específico para a caracterização de doentes de reabilitação

⁴⁶ Como complemento, um sistema autónomo de FRGs foi desenvolvido para prever a demora média (como *proxy* dos custos), ganhos funcionais, nível funcional na alta, e custos totais (Stineman, 2001).

⁴⁷ As nove patologias seriam: enfarte, traumatismo craniano, condição neurológica, fractura da anca, artrite, amputação, condições cardiopulmonares, lesão medular.

⁴⁸ Este sistema de classificação inclui dados do UDS_{MR} de 90.568 doentes que receberam cuidados de reabilitação e que tiveram alta de 252 instalações, no ano de 1992 (Stineman, 1997).

e que pode ser utilizado em várias circunstâncias. Tal como o nome GDH, que caracteriza as características dos doentes agudos em internamento, os doentes de reabilitação deveriam ter um sistema de classificação com um nome que os defina e distinga (Stineman, 2001). Contudo, apesar desta recomendação, o sistema foi renomeado para CMGs.

No sistema de classificação CMGs, a definição de grupos começa com a afectação do doente a uma das 21 *Rehabilitation Impairment Categories* (RICs) (Grimaldi, 2002). As RICs integram o agrupador que descreve a incapacidade (*impairment*), ou seja, descreve a causa principal, ou diagnóstico principal, pela qual o doente é admitido para receber tratamentos de reabilitação (Stineman, 1995 e 1997, Carter *et al.*, 2003). De uma forma geral, as RICs consolidam os grupos clinicamente similares da CID-9-MC em causas principais de admissão (Grimaldi, 2002). As alterações nas RICs realizadas ao longo do tempo, tiveram como objectivo a diminuição da heterogeneidade em cada grupo, aumentando a especificidade das incapacidades, e ao mesmo tempo, garantir um número suficiente de casos em cada categoria, de modo a manter a estabilidade estatística (Stineman, 1997). (A lista das 21 RICs é apresentada em Anexo VI). Após a inclusão nas RICs, segundo a incapacidade, os doentes são classificados e divididos segundo determinadas variáveis independentes: o seu estado funcional⁴⁹ (ou nível de funcionalidade) no momento da admissão para reabilitação, determinado pelo resultado motor da MIF⁵⁰, pelo resultado cognitivo da MIF, e nalguns casos, pela idade (Stineman, 1995, 1997 e 2001, Grimaldi, 2002, Carter *et al.*, 2003). A variável dependente utilizada para efeitos de classificação foi o logaritmo da demora média.

Em cada RIC, os critérios de classificação das variáveis independentes foram definidos separadamente, para a criação dos grupos finais CMGs propriamente ditos, (Stineman, 1997, Carter *et al.*, 2003) de modo a que possuissem os critérios pretendidos pelo SPP para as IRF – relativamente homogéneos no uso de recursos (Carter *et al.*, 2003). Ou seja, por exemplo a variável idade foi utilizada apenas nas RICs *Stroke*, *Traumatic spinal cord injury* e *Replacement of lower extremity joint* (CMS, 2009a).

Para a obtenção das classes finais pretendidas, foram utilizadas árvores de classificação e regressão (CART - *Classification And Regression Trees*) (Stineman, 1997, Carter *et al.*, 2003). A aplicação do CART deu então origem a 92 grupos finais exclusivos (Carter *et al.*, 2003). Destes, 88 estão incluídos nas primeiras 21 RICs, sendo ainda que a primeira RIC

⁴⁹ Estes dois conceitos, *impairment* e *functional status* foram derivados de dois dos domínios definidos na Classificação Internacional de Funcionalidade Incapacidade e Saúde, estabelecida em 2001 pela OMS (Carter *et al.*, 2003).

⁵⁰ O resultado do item “*transfer to the tub*” foi excluído da escala MIF, na criação do FIM-FRGs, visto que sem este item, a previsão dos custos era mais correcta, uma vez que o mesmo provocava consistentemente um efeito inverso na previsão dos custos. Verificou-se também que muitas vezes esta actividade não era experimentada nos hospitais por ser considerada perigosa, ou porque os doentes recebiam banho de esponja ou porque não era observada, sendo automaticamente classificada como 1. Alguns autores também afirmam existir uma ambiguidade entre *tub* e *shower* (Carter *et al.*, 2003). O item continua a ser recolhido pelos instrumentos de recolha de dados, mas não é tido em conta pelo agrupador na criação das classes finais.

(*Stroke*) possui o número de classes mais elevado - 10. Existem ainda 5 CMGs para casos especiais: uma classe para doentes com uma demora média extremamente baixa, e quatro para doentes que morreram antes de o tratamento estar concluído (Grimaldi, 2002). Os grupos finais são parcialmente heterogéneos, contudo, para facilidade de administração, é conveniente que não existam muitos grupos. Um número reduzido dos mesmos permite diferenças substanciais nos pagamentos entre diferentes resultados na escala de MIF, mas também maiores incentivos para *coding creep* ou *upcoding* (Carter *et al.*, 2003).

Podemos concluir que para efeitos de agrupamento na classe final do sistema de classificação CMGs actualmente em uso, para além das variáveis incapacidade, estado funcional, idade e co-morbilidades já referidas, os doentes são ainda agrupados segundo as variáveis destino após alta (quando este é “morte”), e dias de internamento. Todas estas variáveis (apresentadas na tabela 17) são recolhidas no instrumento de recolha de dados IRF-PAI.

Tabela 17: Variáveis de Agrupamento do CMGs	
- Idade (6)	- Resultado Cognitivo da MIF (39)
- <i>Impairment Group</i> (21)	- Destino após alta (44A)
- Co-morbilidades (24)	- Dias de internamento (12 e 40) ⁵¹
- Resultado Motor da MIF (39)	

Para efeitos de financiamento, as classes finais criadas foram ainda divididas em quatro níveis, com base na presença e no nível de co-morbilidades dos doentes (Carter *et al.*, 2003). Assim, dentro de cada classe CMGs, o doente é atribuído a um dos *Comorbidity Tier* baseado na informação clínica do processo clínico. Por exemplo, os doentes com co-morbilidades mais “graves” são atribuídos ao *Tier 1*, enquanto os doentes com co-morbilidades menos “graves” são atribuídos ao *Tier 3*. Doentes sem a presença de co-morbilidades significativas são atribuídos no *Tier None*. No total existem 368 *Tiers* que correspondem aos diferentes pesos relativos utilizados para o cálculo do índice de case-mix de uma instituição, e consequentemente para a determinação dos pagamentos pelo *Medicare*. O peso relativo segue uma ordem descendente do *Tier 1* para o *Tier 3* e deste para o *Tier None*. Quanto maior o peso relativo (doentes com co-morbilidades significativas pertencentes ao *Tier 1*), maior a complexidade do doente, e maior será a necessidade de recursos que este necessita, e maior é o pagamento fornecido pelo *Medicare* para o cuidado desse doente⁵². Assim, diferentes instituições, com o mesmo número de doentes saídos, poderão receber quantidades significativamente diferentes de pagamento, consoante o seu

⁵¹ Os números apresentados entre parênteses correspondem ao número do item do instrumento de recolha de dados IRF-PAI

⁵² Esse pagamento do *Medicare* inclui os custos rotineiros de cada doente, os custos “auxiliares” (ventilação mecânica, medicação intravenosa, entre outros) e os custos de capital associados com o episódio.

índice de case-mix (*Grimaldi*, 2002). É de notar que as últimas cinco categorias (uma para os doentes com demoras médias iguais ou inferiores a 3 dias; e quatro para os doentes que morrem antes do tratamento estar concluído) não possuem diferentes pesos relativos para os diferentes níveis de co-morbilidades, ou seja possuem apenas um valor que pertence ao *Tier None*

A tabela 18 mostra os pesos relativos e a demora média para quatro classes de CMGs seleccionadas ao acaso para exemplo:

Tabela 18: Pesos relativos e demora média dos CMGs

Number	CMG Description (M=motor, C=cognitive, A=age)	Relative Cost Weight				Average length of Stay (days)			
		Tier 1	Tier 2	Tier 3	None	Tier 1	Tier 2	Tier 3	None
0101	Stroke M>51.05	0.7547	0.7070	0.6484	0.6128	9	11	9	9
0110	Stroke M<22.35 and A<84.5	2.6145	2.4492	2.2462	2.1230	30	30	27	26
0201	Traumatic brain injury M>53.35 and C>23.5	0.7044	0.6324	0.5749	0.5228	10	10	7	8
0207	Traumatic brain injury M<22.05	2.5472	2.2867	2.0789	1.8905	37	31	26	23

Fonte: CMS, 2009a

Como podemos observar, as categorias CMGs possuem quatro dígitos, sendo que os dois primeiros dizem respeito à RIC a que pertencem, e os dois últimos indicam a posição da classe final dentro da RIC, baseado no resultado da capacidade funcional do doente e idade. Os códigos variam entre 0101 até 2101 para as primeiras 21 RICs e entre 5001 a 5104 para os últimos cinco grupos.

Contudo, não é apenas este ajustamento por co-morbilidades que determina o pagamento final das instituições pelo *Medicare*, uma vez que para além deste, existem ainda outros factores de ajustamento, de modo a que os pagamentos finais cubram todos os custos operacionais e de capital das IRFs.

Assim, o “preço base” é ajustado por factores geográficos, pelo ajustamento por case-mix (pelo peso relativo previamente definido nos diferentes níveis de co-morbilidades), pelo facto de a instituição se localizar numa área rural, servir a uma população com baixos salários e pelo facto de ser ou não uma instituição de ensino. Posteriormente, os pagamentos são ainda ajustados para os casos de baixas demoras médias (*short-stay outlier*), e para os casos em que o doente tem um custo extremamente elevado (*hight-cost outliers*) que supera o pagamento estabelecido (ver figura 1 em Anexo VI). As IRF podem ainda receber um

pagamento inferior pelos doentes que são transferidos para outra instituição, ou então quando a demora média é inferior do que a normalmente verificada para doentes com as mesmas condições. Os pesos relativos e os pagamentos base são revistos e actualizados todos os anos (MedPAC, 2009).

3.5.2. Estados Unidos da América: *Resource Utilization Groups*

Com a diminuição da demora média no internamento hospitalar, após a introdução do GDH, as *Skilled Nursing Facilities*⁵³, e outras instituições de cuidados pós-agudos têm vindo a expandir-se. SNF é uma instituição certificada pelo CMS destinada a fornecer serviços especializados de enfermagem a médio prazo a doentes em regime de internamento pertencentes ao *Medicare*. Cerca de 80% dos doentes destas instituições recebem ainda cuidados de fisioterapia, terapia ocupacional e terapia da fala. Assim, o papel das SNF é o de recuperar a funcionalidade prévia dos doentes com recente alta hospitalar, mas que já não necessitam de estar em hospitais de agudos. Nas SNF são também admitidos doentes clinicamente pouco estáveis para serem admitidos nas IRF e que necessitam de cuidados intensivos de enfermagem. De entre os diagnósticos mais frequentes das SNF estão: fractura da anca, enfarte, pneumonia, e insuficiência cardíaca (White, 2003; Kramer, *et al.* 2006)

O sistema de classificação *Resource Utilization Groups* versão I (RUGs-I) foi criado por Fries e Cooney, em 1985 com o objectivo de classificar os doentes internados nas instituições de cuidados pós-agudos, consoante o seu uso de recursos (Stineman, 1995). Este sistema difere dos GDH e dos CMGs, na medida em que não se baseia na demora média como variável dependente de uso dos recursos, uma vez que nestas unidades, os doentes são pagos por uma diária de internamento⁵⁴, a segunda diferença é que não começa com a classificação dos doentes em grupos por diagnóstico, sendo esse o ponto de partida nos outros dois sistemas (Stineman, 1995). No RUGs, a classificação dos doentes baseia-se na sua capacidade funcional, diagnóstico, características clínicas comuns, presença de determinadas condições clínicas, tratamento recebido e na quantidade e tipo de recursos utilizados (White, Pizer e White, 2002; MedPAC, 2010). Inicialmente, o RUGs-I possuía apenas nove grupos, os quais explicavam 37.8% da variância dos custos totais por diária de internamento (Stineman, 1995). Em 1994, Fries *et al.*, como parte do projecto *Nursing Home Case Mix and Quality*, criaram a versão III do RUGs⁵⁵, o qual possuía 44 grupos homogéneos e explicava 56% da variância dos custos (Stineman, 1995, Portal da

⁵³ As SNF são as instituições de cuidados pós-agudos mais frequentes (MedPAC, 2010), sendo que em 2008 existia um total de 15.041 unidades designadas SNF (NRH Center for Post-acute Studies, 2009).

⁵⁴ A demora média destes doentes é muito variável, e essa variabilidade não está fortemente relacionada com as suas características, sendo que doentes clinicamente similares poderão estar internados diferentes períodos de tempo (White, Pizer e White, 2002). Normalmente, as SNF prestam cuidados até um máximo de 100 dias de internamento por doente (MedPAC, 2010)

⁵⁵ O RUG-III foi desenvolvido segundo o MDS-2.0 com dados de doentes de 1995 a 1997 (Keane Care, 2010).

Codificação Clínica e dos GDH, 2011b). O sistema de classificação RUGs-III foi o sistema utilizado como base para o SPP para as SNFs a partir de 1 de Julho de 1998 (CMS, 2010b; MedPAC, 2010).

De uma forma muito geral, os RUGs-III começam por classificar os doentes de acordo com uma hierarquia de intensidade de serviços prestados, em sete categorias: Reabilitação (*Rehabilitation*), Serviços Alargados (*Extensive Services*), Cuidados Especiais (*Special Care*), Clinicamente Complexos (*Clinically Complex*), Deficiência de Cognição (*Impaired Condition*), Problemas de Comportamento (*Behaviour Only*) e Capacidade Física Reduzida (*Physical Function Reduced*) (Stineman, 1995; White, Pizer e White, 2002; White, 2003). A classificação por ordem hierárquica significa que o doente deve ser sempre atribuído à primeira categoria cujos critérios preenche. Assim, se o doente cumprir os critérios e puder ser colocado na categoria Reabilitação mas também na de Serviços Alargados, deverá ser colocado na primeira, por ser superior na hierarquia (CMS, 2002).

A categoria Reabilitação⁵⁶, onde se encontram os doentes com maior necessidade de serviços (de reabilitação e de cuidados de enfermagem), é posteriormente dividida em cinco grupos, também por intensidade de serviços (White, 2003). Essa intensidade é medida pelo tempo, ou seja, pelo número de minutos de reabilitação recebidos por dia e por semana, e pelos diferentes tipos de terapia recebida (Stineman, 1995; White, Pizer e White, 2002; White, 2003). Posteriormente, outras subdivisões separam estes grupos com base no resultado da capacidade funcional dos doentes medida em quatro AVD (Stineman, 1995; White, Pizer e White, 2002): mobilidade na cama, uso do lavabo, transferências e alimentação (Stineman, 1995) num total de 44 grupos.

White, Pizer e White, no ano de 2002, conduziram um estudo que pretendia testar a capacidade explicativa de previsão dos custos do 44-RUGs-III. Em primeiro lugar, os autores afirmaram que este sistema explica apenas em 10.4% a variância dos custos totais, ao contrário dos 55.5% reportados por Fries *et al.*, em 1994. Em segundo lugar, afirmam ainda que determinadas características, como por exemplo a necessidade de administração de medicamentos por via intravenosa estão fortemente associados com custos elevados, por comparação aos indivíduos sem essa necessidade, na mesma categoria de case-mix. O 44-RUGs-III foi desenvolvido tendo em conta apenas o tempo dispendido pelo pessoal, utilizando a variável *staff-time costs*, para prever os custos totais, não tendo em conta os *non-therapy ancillary costs*⁵⁷, assumindo que estes custos eram baixos e associados com os *nursing costs*, verificando-se então uma relação de 55.5%. Os autores verificaram que, pelo

⁵⁶ Dados de 2000 e de 2001 mostram que, respectivamente 78% e 77.4% dos doentes são atribuídos a uma das categorias de Reabilitação (White, Pizer e White, 2002; White, 2003).

⁵⁷ Por *non-therapy ancillary costs* entende-se: ventilação mecânica e fisioterapia respiratória, aspiração, medicação intravenosa, alimentação via parentérica, traqueostomia entre outros. Estes serviços podem também ser designados por "*high tech nursing services*" (White, 2003).

contrário, estes custos eram significativos e não estavam correlacionados com os *staff-time costs*, demonstrando que estes por si só não eram suficientes para prever os custos totais. A variável *non-therapy ancillary costs* era então importante para a previsão dos custos, e não estava presente no sistema. Quando esta era tida em conta para prever os custos totais, a capacidade explicativa do sistema de classificação descia então para os 10.4%. Devido à falta deste ajustamento, a principal queixa dos profissionais das SNFs era relativa aos doentes que necessitavam de cuidados muito elevados de reabilitação, mas que também possuíam elevados *non-therapy ancillary costs*, que não eram tidos em conta no SPP, prejudicando assim as SNF que tratavam esses doentes (White, Pizer e White, 2002).

O sistema 53-RUG-III foi implementado a 1 de Janeiro de 2006, de modo a incluir os *non-therapy ancillary costs* na ponderação dos custos totais e assim minimizar as falhas apontadas ao 44-RUG-III. O novo sistema adiciona nove novas categorias de reabilitação ao sistema anterior (CMS, 2002 e 2010; Keane Care, 2006). Pouco tempo depois, devido às alterações clínicas das populações das SNFs que se têm vindo a verificar ao longo dos anos, e à antiguidade dos dados (dados do MDS-2.0), nos quais se baseia o sistema RUG-III, foi criada uma nova actualização deste sistema, que permitia um aumento na relevância clínica dos grupos, e melhorava a sua exactidão e validade, o RUG-IV (Keane Care, 2010).

No dia 31 de Julho de 2009, o CMS publica uma *Final Rule* para a implementação do novo sistema RUG-IV nas SNFs para efeitos de pagamento a partir de 1 de Outubro de 2010. As novas categorias do RUG-IV são resultantes do estudo *Staff Time and Resource Intensity Verification* (STRIVE) realizado ao RUG-III entre 2006 e 2007. Ao mesmo tempo, foi desenvolvido um novo instrumento de recolha de dados, o MDS-3.0, cujos dados foram actualizados, e utilizados então na nova versão do RUGs. O MDS-3.0 contém os dados clínicos necessários para o cálculo do novo índice de case-mix pelo qual os novos pagamentos irão ser definidos⁵⁸ (Tomaino, 2010; Keane Care, 2010; MedPAC, 2010).

Assim, os doentes passam a ser pagos pelo peso relativo de cada RUG, multiplicada por uma base de ajustamento segundo determinados factores geográficos (figura 2, Anexo VII). O peso relativo de cada RUG continua a ser baseado numa diária de internamento, mas esta é agora pré-determinada e ajustada por case-mix⁵⁹ (MedPAC, 2010). As diárias de internamento são baseadas em três componentes: componente de enfermagem com ajuste de case-mix para todos os RUGs, componente de reabilitação com ajuste de case-mix para as RUGs de reabilitação (sendo constante para as classes não-reabilitação) e uma componente fixa de custos do quarto e administrativa para todos os RUGs (MedPAC, 2010).

⁵⁸ Os pagamentos totais vão permanecer inalterados, a distribuição dos mesmos é que será alterada, sendo que para os grupos mais complexos (*Extensive Services*, *Special Care* e *Clinically Complex*) os pagamentos irão aumentar significativamente (Keane Care, 2010).

⁵⁹ Ou seja, antes do sistema de classificação RUG-III, os doentes eram pagos por diárias de internamento mas sem um ajuste de case-mix.

Apesar de o MDS-3.0 ter sido implementado na data prevista, a implementação oficial do sistema RUG-IV, já construído, foi adiada até 1 de Outubro de 2011 (Tomaino, 2010; Keane Care, 2010). O RUG-IV possui 66 classes finais, organizadas num total de 16 grupos iniciais, que permitem agora uma previsão dos custos de 41.5% (Keane Care, 2010). Estes 16⁶⁰ grupos, apresentados na tabela 19, (e definidos na figura 3 e tabela 20 no Anexo VII) classificam os doentes de acordo com uma hierarquia de intensidade de serviços prestados, tal como nas versões anteriores, sendo que a categoria designada por “Ultra High Rehabilitation Plus Extensive Services”, ocupa agora o lugar do topo da hierarquia, definindo os doentes com as mais elevadas necessidades de reabilitação e cuidados de enfermagem. Das 10 categorias iniciais destinadas à reabilitação, são formadas 23 classes finais, as quais estão apresentadas em Anexo VII (CMS, 2010b).

Tabela 19: Categorias do RUG-IV
Ultra High Rehabilitation Plus Extensive Services
Very High Rehabilitation Plus Extensive Services
High Rehabilitation Plus Extensive Services
Medium Rehabilitation Plus Extensive Services
Low Rehabilitation Plus Extensive Services
Ultra High Rehabilitation
Very High Rehabilitation
High Rehabilitation
Medium Rehabilitation
Low Rehabilitation
Extensive Services
Special Care High
Special Care Low
Clinically Complex
Behavioral Symptoms and Cognitive Performance
Reduced Physical Function

Fonte: Adaptado de Keane Care, 2010

As categorias não são exactamente as mesmas da versão 53-RUG-III, visto que se realizou uma união das categorias *Impaired Cognition* e *Behaviour Only*, numa única categoria RUG agora denominada *Behavioral Symptoms and Cognitive Performance*⁶¹. Pelo contrário, a categoria *Special Care* foi expandida, de apenas 3 para 16 RUGs e dividida em duas categorias distintas, *Special Care High* e *Special Care Low*, para uma maior especificidade.

⁶⁰ Por vezes, é referido que o sistema apresenta oito categorias: *Rehabilitation Plus Extensive Services* (com as subdivisões *Ultra High*, *Very High*, *High*, *Medium* e *Low*), *Rehabilitation* (com as subdivisões *Ultra High*, *Very High*, *High*, *Medium* e *Low*), *Extensive Services*, *Special Care High*, *Special Care Low*, *Clinically Complex*, *Behavioral Symptoms and Cognitive Performance* e *Reduced Physical Function* (Tomaino, 2010; Keane Care, 2010).

⁶¹ Esta junção foi decidida após os dados do STRIVE terem demonstrado que era necessário o mesmo nível de recursos para tratar os doentes em ambas as categorias.

A categoria *Clinically Complex* também foi expandida de 6 para 10 RUGs, com base nos diferentes resultados possíveis de AVDs. As categorias *Rehabilitation* e *Extensive Services* sofreram também alterações significativas (Tomaino, 2010; Keane Care, 2010).

A medição do nível de AVD, apesar de ter sofrido alterações na sua construção, continua a ser uma variável essencial de classificação do sistema, visto que os diferentes resultados são utilizados para subdividir os grupos iniciais nas diferentes classes (excepto no grupo *Extensive Services*). A revisão da escala teve como objectivo em padronizar os níveis de AVD ao longo das categorias do RUG-IV, e torná-la mais sensível às diferenças dos níveis funcionais, mais fácil de interpretar e mais proporcional à capacidade funcional. Os itens do índice total de AVD não foram alterados, contudo, todos os itens são agora classificados de 0 a 4, variando o total das pontuações entre 0 a 16, em vez dos antigos 4 a 18 (ver figura 4 em Anexo VII). Um resultado mais elevado representa uma maior dependência e uma maior necessidade de assistência (Keane Care, 2010; CMS, 2010b)

Pela análise das classes finais de reabilitação, podemos concluir que as variáveis de agrupamento para a realização das mesmas, são as apresentadas na tabela 21.

Tabela 21: Variáveis de Agrupamento das Categorias de Reabilitação do RUG-IV
- Tempo, em minutos, de terapia ⁶² por semana
- Número de diferentes terapias realizadas
- Número de vezes de cada terapia
- Nível de AVDs
- Presença ou não de <i>Extensive Services</i>

3.5.3. Austrália: *Australian National Sub-Acute and Non-Acute Patient casemix classification*

O sistema de classificação *Australian National Sub-Acute and Non-Acute Patient casemix classification* (AN-SNAP) versão 1, foi desenvolvido pelo *Centre for Health Service Development, University of Wollongong*, em 1997 (Eagar *et al.*, 1997) e reflecte as mudanças no estado funcional e/ou melhoramento da qualidade de vida, em vez de se basear somente no diagnóstico do doente. Este sistema pretende complementar o sistema de AN-DRG já existente (Lee, Eagar e Smith, 1998; Lowthian *et al.*, 2000). O primeiro passo consistiu na identificação de categorias dos tipos de cuidados pós-agudos e não-agudos⁶³.

⁶² Por "terapia" entende-se uma combinação de fisioterapia, terapia ocupacional e terapia da fala (Stineman, 1995).

⁶³ As categorias tiveram por base dados de 30.604 episódios sub-agudos e não-agudos, ocorridos entre Julho a Setembro de 1996, de uma enorme variedade de instituições de saúde incluindo hospitais públicos e privados, centros de reabilitação, centros de saúde entre muitos outros (Eagar, 1999; Lowthian *et al.*, 2000).

Estas categorias denominam-se *Case Types* e são clinicamente distintas consoante as características dos doentes e os objectivos da intervenção, e não pela instituição ou serviço nos quais os doentes são tratados. Ou seja, os doentes são classificados segundo os objectivos do seu tratamento, e não pela instituição onde são tratados (Lee, Eagar e Smith, 1998; Eagar, 1999; Green e Gordon, 2007). Assim, foram definidas cinco categorias⁶⁴ que são a base do início da classificação, e estão, por ordem hierárquica de decisão, apresentadas na tabela 22.

Tabela 22: Todas as categorias de cuidados pós-agudos e não-agudos do AN-SNAP

1 – Cuidados Paliativos (*Palliative Care*)

2 – Reabilitação (*Rehabilitation*)

3 – Psico-geriátrico (*Psychogeriatric*)

4 – Avaliação e gestão geriátrica (*Geriatric Evaluation and Management*)

5 – Manutenção (*Maintenance*)

Fonte: Eagar, 1999, Tooth *et al.*, 2005

O segundo passo consistiu na divisão destas cinco categorias em dois ramos, que correspondem a dois tipos de episódios distintos: os episódios de internamento⁶⁵ e os episódios de ambulatório (Eagar, 1999). Assim, o sistema de classificação AN-SNAP versão 1, foi desenvolvido com o objectivo de classificar tanto os doentes de internamento como de ambulatório em episódios, uma vez que as variáveis dos doentes que contribuem para a previsão do uso de recursos em internamento são praticamente os mesmos para os episódios de ambulatório⁶⁶. As principais variáveis comuns para os dois tipos de episódios utilizados para a criação do sistema de classificação nas diferentes *Case Types* estão apresentadas na tabela 23 (Lee, Eagar e Smith, 1998; Eagar, 1999).

Tabela 23: Variáveis comuns de agrupamento do AN-SNAP

Principais factores de custos	Case Type
Função (motora e cognitiva)	Todas as case type
Fase (estadio da doença)	Cuidados paliativos
Incapacidade	Reabilitação
Comportamento	Psico-geriátrico
Idade	Cuidados paliativos, Reabilitação, a.g. geriátrica e manutenção

Fonte: Lee, Eagar e Smith, 1998; Eagar, 1999.

Para a criação do AN-SNAP versão 1, foram utilizadas as variáveis referidas, e pela aplicação de CART, deram origem a 134 classes, que explicam 57.99% da variação dos

⁶⁴ Sendo que as primeiras quatro categorias pertencem aos cuidados pós-agudos e a última pertence aos cuidados não-agudos (Lee, Eagar e Smith, 1998).

⁶⁵ Episódios de internamento: Quando os doentes são admitidos numa data diferente à sua data de alta (Lowthian *et al.*, 2000).

⁶⁶ As variáveis adicionais para os cuidados em ambulatório utilizadas foram *problem severity* para os cuidados paliativos, e a *phase (stage of illness)* para os psico-geriátricos (Eagar, 1999).

custos de episódio. Destes 58%, 21% é contributo do tipo de episódio, e 37% da classe. O ramo dos episódios de internamento tem 66 classes que explicam 47.29% da variação dos custos destes cuidados, e o ramo dos episódios de ambulatório tem 68 classes que explicam 28.11% da variação dos custos em ambulatório (Lee, Eagar e Smith, 1998; Eagar, 1999; Green e Gordon, 2007). Para o caso da reabilitação foram definidas 32 classes para os episódios de internamento e 15 classes para os episódios de ambulatório, consoante as variáveis definidas para cada uma delas (Eagar, 1999), apresentadas na tabela 24.

Tabela 24: Variáveis de agrupamento da categoria Reabilitação do AN-SNAP

Classes de Reabilitação de internamento	Classes de Reabilitação de ambulatório
Admissão para avaliação ou tratamento	Admissão para avaliação ou tratamento
Códigos de incapacidade	Tipo de episódio
Resultado MIF motor, MIF cognitivo, MIF total	<i>Provider type</i>
Idade	Códigos de incapacidade
	Resultado MIF motor

Fonte: Lee, Eagar e Smith, 1998; Eagar, 1999.

O sistema de classificação AN-SNAP versão 1 tem sido utilizado por reguladores, fornecedores e financiadores para uma variedade de propósitos, incluindo financiamento com base em resultados, gestão de desempenho, benchmarking e melhoramento da qualidade. No sector privado, o ramo da reabilitação do AN-SNAP foi estabelecido como sistema de classificação nacional para os serviços de reabilitação, e tem sido utilizado por todos os hospitais privados desde 2000. O *Commonwealth Department of Health and Ageing* incluiu o AN-SNAP no *Casemix protocol data collection* dos Hospitais a 1 de Julho de 2002. Apesar do sistema de classificação ser utilizado em grande escala na Austrália há mais de 10 anos, só em 2005 é que o *New South Wales Department of Health* solicitou uma revisão do sistema de classificação com o intuito de desenvolver uma nova versão, de modo a acompanhar as mudanças na prática clínica que possam ter ocorrido desde o desenvolvimento da primeira versão em 1996, nomeadamente no que diz respeito às alterações no tipo de prestação de cuidados, no diagnóstico, nas tecnologias, novos medicamentos, e na estrutura de custos. Contudo, ficou acordado, que a revisão do sistema de classificação se iria restringir ao ramo dos episódios de internamento, mantendo-se por enquanto os episódios de ambulatório⁶⁷ inalterados, apesar da reconhecida importância de futuro desenvolvimento do mesmo. Para além desta primeira limitação, após a recolha dos dados de episódios, verificou-se que apenas se conseguiria actualizar as *Case Types* de reabilitação e cuidados paliativos, uma vez que a disponibilidade dos mesmos para as

⁶⁷ A revisão dos episódios de ambulatório só poderá ocorrer quando as variáveis utilizadas para a sua construção forem recolhidas pelas instituições de forma rotineira. O elevado número de doentes em ambulatório é um dos entraves para uma adequada recolha de dados.

restantes categorias era muito limitada, não se conseguindo obter uma amostra significativa na qual se pudesse realizar uma análise, obrigando ao abandono da revisão (Green e Gordon, 2007).

Para a categoria de reabilitação, um processo extenso de revisão e análise estatística foi realizado entre Agosto de 2005 a Setembro de 2006, de modo a entrar em vigor a 1 de Julho de 2007. Foram recolhidos dados clínicos de episódios de 120 sectores públicos e privados, do *Australasian Rehabilitation Outcomes Centre* (AROC) do ano de 2004 e 2005 (Green e Gordon, 2007). O AROC recolhe, de determinadas instituições, o instrumento de recolha de dados ICDS, que inclui todas as variáveis utilizadas no sistema de classificação AN-SNAP (Green e Gordon, 2007; AROC, 2011). De um modo geral, chegou-se à conclusão que não se tinham verificado mudanças muito significativas na prática clínica no sector da reabilitação durante os últimos dez anos, apesar de ter ocorrido um aumento na prestação de cuidados de reabilitação não hospitalares. Verificaram-se sim, alterações no perfil clínico e demográfico dos doentes que recebem cuidados de reabilitação em internamento, o que poderá ter provocado alterações na distribuição das classes. Assim, as 32 classes de episódios de internamento da categoria de reabilitação passaram para 45 classes, agrupadas em 12 categorias iniciais por incapacidade (mais uma categoria apenas para os doentes “admitidos apenas para avaliação”) (ver Anexo VIII). Utilizando a DM⁶⁸ como variável dependente, as classes produziram uma capacidade explicativa de 26.72%, um pequeno aumento dos 24.07% verificados na versão 1⁶⁹ (Green e Gordon, 2007). As 13 categorias, excepto uma, permaneceram inalteradas, existindo sim alterações dentro das mesmas, ou seja, nas classes finais. As variáveis de agrupamento utilizadas para a formação das mesmas são idênticas às utilizadas na versão 1, ou seja, após a inclusão no *Impairment Group*, os doentes são classificados e divididos segundo o estado funcional (ou nível de funcionalidade medido pelo resultado motor da MIF e pelo resultado cognitivo da MIF) no momento da admissão para reabilitação, e nalguns casos, pela idade (para os grupos: *Stroke* e *Spinal Cord Dysfunction*) (Tooth *et al.*, 2005).

Para efeitos de financiamento, as cinco diferentes *Case Types* estão sujeitas a diferentes tipos de ponderadores. No caso da categoria reabilitação, foi estabelecida a seguinte equação: *Per episode + per diem + outlier component*⁷⁰ a qual deveria ser aplicada a todos os doentes admitidos e tratados em unidades de reabilitação, e outras⁷¹, que recolhem

⁶⁸ A DM foi utilizada como *proxy* dos custos, devido à falta de dados de custos necessários para a revisão do sistema de classificação. Apesar da correlação entre custos e DM ser alta, não é perfeita.

⁶⁹ Contudo, na primeira versão do AN-SNAP, utilizando os custos como variável dependente, em vez da DM, a capacidade explicativa da categoria de reabilitação, do ramo de internamento, aumenta para 38,21%.

⁷⁰ Para os *outliers*, o limiar inferior corresponde a 7 dias ou a DM menos 13 dias, consoante o que apresentar um valor superior; e o limiar superior corresponde à DM mais 13 dias.

⁷¹ Estas unidades têm que apresentar os seguintes critérios de inclusão: mais de 75% dos doentes têm que apresentar o perfil de uma das cinco *Case Type*; têm que apresentar no mínimo 4 camas; e têm que apresentar menos de 75% de episódios classificados na *Case Type* Manutenção.

dados para o AN-SNAP (NSW, 2007 e 2008). Contudo, o que se tem verificado na realidade é que o processo de implementação do financiamento segundo este sistema de classificação tem sido difícil, na medida em que ainda não foi estabelecido um método uniforme de financiamento, o qual só deverá ser estabelecido e aplicado em 2014. Por enquanto, apenas os doentes de internamento de unidades designadas de reabilitação em *New South Wales* estão a ser financiadas com base no AN-SNAP. Uma vez que esta região possui cerca de um terço da população australiana, pode-se afirmar que actualmente um terço dos doentes de reabilitação em regime de internamento está de facto a ser financiado segundo o AN-SNAP. Em 2014 espera-se uma cobertura de 100% (R. Marshall)⁷².

3.5.4. Canadá: *Rehabilitation Patient Group casemix classification system*

O *Ontario Joint Policy and Planning Committee* (JPPC) é uma parceria entre o *Ontario Ministry of Health and Long-Term Care* (MOHLTC) e *Ontario Hospital Association*, sendo uma das suas funções promover o desenvolvimento de um modelo de financiamento para toda a actividade hospitalar. No Canadá existem já modelos de financiamento para os doentes de internamento, *day surgery* e *complex continuing care*. O JPPC pretende agora desenvolver modelos para a urgência, saúde mental, cuidados de ambulatório e para os doentes adultos de reabilitação em regime de internamento⁷³ (JPPC 2006a). Em 2002, o MOHLTC, pediu que comesçassem a ser recolhidos dados dos doentes em regime de internamento de determinadas instituições de reabilitação, ao mesmo tempo que o *Canadian Institute for Health Information* (CIHI) desenvolveu o *Minimum Data Set* para estes doentes, sob o nome de *National Rehabilitation Reporting System* (NRS). A implementação deste instrumento teve como objectivo a facilitação de aplicação de uma metodologia de case-mix (JPPC 2006a e 2006b; Sutherland e Walker, 2008) sendo a escala de medição de funcionalidade utilizada, a MIF.

“The classification and assessment tool for use as a basis for hospital rehabilitation resource allocation, quality indicators, outcome measurement, and care planning in Ontario should be based upon the FIM instrument” (JPPC, 2006a).

Em 2004, o JPPC formou o *Rehabilitation Technical Working Group* para avaliar os sistemas de case-mix de reabilitação já existentes e recomendar um modelo para os doentes de Ontário. Este plano consistiu em quatro fases. A primeira fase consistiu na revisão de literatura sobre o desempenho das metodologias de agrupamento existentes (baseadas na MIF) para doentes adultos de reabilitação, na qual foram identificados como sistemas de classificação viáveis os FRGs e os CMGs; a segunda fase consistiu no desenvolvimento de uma nova metodologia de agrupamento ou na recomendação de um dos agrupadores

⁷² Comunicação oral

⁷³ Os doentes pediátricos ficariam excluídos, por enquanto, do modelo de classificação

utilizando para isso dados de Ontário, na qual foram então utilizados os dados do NRS para o desenvolvimento de um sistema semelhante, mas baseado em dados locais⁷⁴; a terceira fase consistiu no desenvolvimento de pesos relativos ajustados para a nova metodologia de agrupamento, e finalmente na última fase, foi realizada uma revisão dos factores críticos de sucesso para a implementação do sistema, e uma cuidadosa preparação de um plano de educação e implementação do novo sistema, que seria realizado num período de 3 anos (JPPC, 2006a e 2006b; Sutherland e Walker, 2008).

Para o estudo do desempenho dos dois sistemas (FRGs e CMGs), foram utilizados dados de episódios de doentes do NRS dos anos fiscais de 2002/2003 e 2003/2004, num total de 40.000 episódios disponíveis para análise. Os doentes excluídos foram os com demora média extremamente curta e longa, e os com morte durante o tratamento (1.7% da amostra). A comparação entre FRGs e CMGs foi baseada na avaliação da homogeneidade da demora média calculada pelo coeficiente de variação em cada FRG e CMG e na habilidade de determinação da variação da demora média em cada grupo final, tendo em conta a idade, e o resultado motor e cognitivo da escala de MIF, pelo cálculo do R^2 . Verificou-se que o NRS continha todos os elementos necessários para agrupar os episódios utilizando o algoritmo CMG (JPPC 2006b; Sutherland e Walker, 2008).

Foram criados 21 *Rehabilitation Groups* (RGs) (ver Anexo IX), pela aplicação do CART, sendo este o ponto de partida para a classificação. A partição no desenvolvimento das classes finais parou quando o número de doentes era baixo (menos de 20) uma vez que a sua relevância clínica seria cada vez menor, inibindo o desenvolvimento de pesos relativos precisos e estáveis ao longo do tempo, ou quando a contribuição para a descrição da variabilidade na demora média era mínima. Assim, pretendeu-se minimizar a complexidade do sistema de classificação ao diminuir a criação de grupos de doentes adicionais sem que o poder de explicação aumentasse significativamente. As classes finais denominam-se *Rehabilitation Patient Groups* (RPGs) e são 83. Os RPGs foram sujeitos a uma avaliação prévia por um painel de peritos constituído por médicos especializados, investigadores de medicina de reabilitação, gestores de programas de reabilitação, e gestores de centros de reabilitação, para confirmar a lógica e adequação dos mesmos⁷⁵ (JPPC 2006b; Sutherland e Walker, 2008).

A lógica de agrupamento e as variáveis de agrupamento, nas classes RPGs é similar à dos CMGs, sendo que em primeiro lugar o doente é atribuído a um RGs, segundo o tipo de incapacidade (que descreve a causa principal, ou diagnóstico principal, pela qual o doente é

⁷⁴ Assim, aumentar-se-ia a credibilidade do sistema de case-mix, sendo também possível a modificação do mesmo quando necessário (JPPC, 2006a e 2006b).

⁷⁵ A análise das classes criadas para *Burns* e *Ventilator Dependent Respiratory Disorders* indicou que havia muito poucos episódios classificados nestes grupos (menos de 50 por ano em cada uma das categorias), pondo em causa a relevância das mesmas. Contudo, alterações a estas classes ainda não foram realizadas (Sutherland e Walker, 2008).

admitido para receber tratamentos de reabilitação), com base no código *Rehabilitation Client Group* do respectivo NRS. De seguida, o doente é atribuído a uma RPG com base no resultado motor⁷⁶ e cognitivo da MIF na admissão e na idade, como apresentado na tabela 25.

- *Impairment Group*
- Resultado Motor da MIF
- Resultado Cognitivo da MIF
- Idade

Fonte: JPPC 2006a e 2006b, CIHI, 2011d.

Figura 5: Árvore de decisão para o *Rehabilitation Group* Enfarte

Fonte: JPPC, 2006b

⁷⁶ Tal como no sistema de classificação CMG, o item da escala de MIF *transfer to the tub* foi removido para o cálculo do resultado final do MIF motor, para efeitos de agrupamento (Relles *et al.*, 2005; JPPC 2006b).

comprehension e *Orientation*. Apesar de, juntamente com a escala de MIF, estes itens fornecerem mais informação acerca das capacidades cognitivas dos doentes de reabilitação (CIHI, 2009), a sua correlação com os custos ou com a demora média ainda não foi comprovada (J. Sutherland)⁷⁷.

Como parte do desenvolvimento do sistema de classificação, utilizando os dados de Ontário, o impacto das co-morbilidades foi examinado. Os *comorbidity tiers*, definidos no sistema CMGs, baseiam-se na presença de determinadas co-morbilidades significativas ou não para um determinado episódio, afectando o seu custo. Estas co-morbilidades são definidas segundo os códigos da CID-9-MC. O NRS não inclui os códigos da CID-9-MC, para a identificação das co-morbilidades, mas utiliza códigos de um outro sistema de classificação, o *Diagnostic Health Condition*, que possui um total de 496 códigos. Peritos analisaram todos os códigos deste sistema, numa tentativa de encontrar o código da CID-9-MC correspondente, de modo a avaliar se os *comorbidity tiers* definidos no sistema CMG contribuíam para a descrição da variação da demora média dos doentes de reabilitação de Ontário. Por outro lado, pretendeu-se avaliar se os códigos do *Diagnostic Health Condition* poderiam ser utilizados para o desenvolvimento de um ajustamento dos níveis de co-morbilidades das RPGs (JPPC, 2006b). Dos códigos do *Diagnostic Health Condition*, apenas 27 (5.4%) puderam ser mapeados directamente a um dos códigos da CID-9-MC, contudo, a maioria não pode ser atribuída apenas a um código, mas sim a vários ao mesmo tempo, fazendo com que pertencessem a mais do que um dos níveis de co-morbilidades. O ajustamento por co-morbilidades foi considerado inviável com base dos dados disponíveis, uma vez que os *Diagnostic Health Condition*, como codificados no NRS, demonstraram não ser suficientemente específicos para serem utilizados para a identificação das co-morbilidades com impacto significativo na demora média (Sutherland e Walker, 2008). Com os objectivos de uniformizar os códigos referentes às co-morbilidades nos padrões internacionais, e de melhorar a comparabilidade entre outras fontes de informação, uma nova lista de “condições de saúde” foi desenvolvida para o NRS. Esta lista foi baseada no *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, 10th Revision, Canada Enhancement (ICD-10-CA)*⁷⁸ e no *Canadian Classification of Health Interventions* (CIHI, 2009).

A falta de dados no NRS impediu então o desenvolvimento de um ajustamento do sistema de classificação por co-morbilidades em 2006, altura em que o item “co-morbilidades” foi adicionado ao NRS. Assim, este ajustamento deverá ser incorporado no RPGs assim que

⁷⁷ Comunicação oral.

⁷⁸ A ICD-10-Canadian Enhancement é uma versão modificada da ICD-10 desenvolvida pelo CIHI. Esta classificação tem em conta dados de morbilidade no Canadá (Portal da codificação clínica e dos GDH, 2011e). O manual completo da ICD-10-CA foi publicado pelo CIHI em 2001 (CIHI, 2001).

seja possível obter dados do NRS para apoiar esse desenvolvimento, uma vez que é uma componente essencial de ajustamento de case-mix nos doentes de reabilitação (Sutherland, 2010).

Os dados utilizados para o desenvolvimento dos pesos relativos para as RPGs, conhecidos por *Rehabilitation Cost Weights* (RCW)⁷⁹ tiveram como base os dados da actividade clínica do NRS dos anos fiscais de 2002/2003 e 2003/2004 (segundo os quais foi calculado o número de dias de internamento dos doentes para cada RPG, por hospital), e os dados fornecidos pelo *Ontario Cost Distribution Methodology* (OCDM). O OCDM consiste numa metodologia específica, de Ontário, de atribuição de custos hospitalares a determinadas categorias de serviços, que permitiu descrever os custos totais dos doentes de reabilitação como função do case-mix observado de cada hospital (JPPC, 2006a e 2006b; Sutherland e Walker, 2008). Os pesos relativos para cada episódio de RPG foram calculados pela divisão do número total de custos dos doentes de reabilitação, pelo número de episódios de cada RPG (Sutherland e Walker, 2008). Assim, na alta, a cada episódio é atribuído um RCW_{RPG} consoante dois factores determinantes, o seu RPG e a sua demora média. O RCW_{RPG} representa então o peso relativo, para cada RPG, excepto para os casos identificados pela demora média como sendo *outliers* (para cada RPG foram definidos os *outliers* com demora média extremamente elevada e os com demora média extremamente baixa). Os *outliers* são identificados segundo determinadas “barreiras” chamadas de limiares, sendo que cada RPG tem os seus próprios limiares. Os *outliers* com uma DM extremamente baixa são aqueles cuja DM é inferior ou igual ao limiar de demora media curta pré-definido ($TRIM_{SS}$: *Short Stay Trim value*). Neste caso, o peso relativo será calculado pela $DM \times PDRCW_{SS}$ (*Short stay per diem rehabilitation cost weight*). Os *outliers* com uma DM extremamente elevada são aqueles cuja DM é superior ao limiar de demora media elevada pré-definida ($TRIM_{LS}$: *Long Stay Trim value*). Neste caso, o peso relativo será calculado pela formula: $Peso\ relativo = RCW_{RPG} + (Demora\ Média - TRIM_{LS}) \times PDRCW_{LS}$ (*Long stay per diem rehabilitation cost weight*)⁸⁰. Os episódios com uma DM “típica” são os casos que se encontram entre os limiares de DM curta e longa pré-definidos, ou seja, nos casos em que: $DM > TRIM_{SS}$ e $DM \leq TRIM_{LS}$, sendo o seu peso relativo o valor do RCW_{RPG} . (CIHI, 2011c)

Assim, o sistema de classificação RPGs tem sido utilizado em Ontário para estabelecimento de case-mix e de pesos relativos dos episódios de doentes de reabilitação em internamento desde 2006 (Sutherland, 2010). Actualmente, está a ser progressivamente estabelecido como financiamento parcial dos doentes de reabilitação em regime de internamento, apenas na província de Ontário. Nesta região, cerca de 30.000 doentes têm alta anualmente de

⁷⁹ O custo médio de um episódio é de C\$15.447, que corresponde a um peso relativo de 1.00. (Sutherland e Walker, 2008)

⁸⁰ Os $PDRCW_{LS}$ correspondem a um determinado valor, acrescentando para cada dia de estadia para além do limiar.

instituições de reabilitação, internados principalmente devido a enfarte e prótese de anca ou joelho. Nas restantes regiões do Canadá, a recolha de dados dos doentes de reabilitação ainda não é realizada, contudo deverá ser implementada no futuro (J. Sutherland)⁸¹.

Antes da comparação e análise crítica dos sistemas de classificação de doentes de reabilitação apresentados, na tabela 26 encontra-se um resumo cronológico dos acontecimentos mais importantes no desenvolvimento destes sistemas de classificação.

Tabela 26: Resumo cronológico dos acontecimentos mais importantes dos países analisados	
1983	<p>EUA - Início do sistema de pagamento prospectivo da Medicare para os doentes em internamento tendo por base os GDH. As instituições excluídas deste tipo de pagamento foram: hospitais pediátricos, psiquiátricos, de cuidados continuados, de reabilitação, oncologia, e diversas unidades de psiquiatria e reabilitação pertencentes a hospitais de agudos.</p> <p>EUA - Criação do UDS_{MR} pelo <i>American Congress of Rehabilitation Medicine</i> e o <i>American Academy of Physical Medicine Rehabilitation</i>.</p>
1984	<p>EUA - Desenvolvimento da escala MIF para medição da capacidade funcional por organizações especializadas em Reabilitação.</p>
1985	<p>EUA - Criação do sistema de classificação <i>Resource Utilization Groups</i> versão I (RUGs I) por Fries and Cooney com o objectivo classificar os doentes internados em unidades de cuidados de longa duração, consoante o seu uso de recursos.</p>
1987	<p>EUA - RAND e o <i>Medical College of Wisconsin</i> demonstraram que os GDH são uma medida de case mix inapropriada para os doentes de reabilitação visto que o diagnóstico por si só explicava apenas uma pequena parte dos custos e documentaram associações estatísticas entre as variáveis: estado funcional, DM de reabilitação, e custos demonstrando a possibilidade de criação de um PPS para os cuidados de reabilitação.</p>
1988	<p>EUA - Implementação e teste do instrumento FIM pelo UDS_{MR}</p>
1993	<p>EUA - Desenvolvimento dos FRGs (33) por Harada <i>et al</i>, como uma possível base para o PPS para a reabilitação.</p> <p>AUS - O <i>Australian Health Ministers Advisory Council</i> aponta para a necessidade de desenvolvimento de sistemas de classificação os cuidados pós e não-agudos, criando o <i>National Sub-Acute and Non-Acute Casemix Classification</i> (SNAP),</p>
1994	<p>EUA - Desenvolvimento do sistema de classificação FIM-FRGs (53) por Stineman <i>et al</i>, na Universidade da Pensilvânia com base nos FRGs. Os FIM-FRGs são capazes de prever a DM e os ganhos funcionais, tendo como variáveis independentes a incapacidade, estado funcional na admissão e idade, e como variável dependente o logaritmo da DM.</p> <p>EUA - Hamilton <i>et al</i>. provam a consistência interna do FIM motor e cognitivo para todas as RICs.</p> <p>EUA - Fries <i>et al</i>, como parte do projecto <i>Nursing Home Case Mix and Quality</i> criam a versão III do RUGs, com 44 grupos homogéneos</p>
1997	<p>EUA - RAND afirma que os FIM-FRGs são estáveis ao longo do tempo, e que explicam 50% dos custos dos doentes, concluindo que podem ser utilizados como medida de case mix para estabelecimento do PPS.</p>

⁸¹ Comunicação oral.

	<p>EUA - HCFA publica os critérios para o novo PPS.</p> <p>AUS - O sistema de classificação AN-SNAP versão 1, é desenvolvido pelo <i>Centre for Health Service Development, University of Wollongong</i>.</p>
1998	<p>EUA A partir do dia 1 de Julho, o sistema de classificação RUG-III é utilizado como base para o PPS para as SNFs</p>
1997 - 2000	<p>EUA - O crescente número de unidades de reabilitação e as inequidades no pagamento levaram à criação do <i>Balanced Budget Act</i> (BBA) em 1997 e do <i>Balanced Budget Refinement Act</i> (BBRA) em 1999, que juntamente com o HCFA (2000) têm como objectivo implementar um PPS para os doentes de reabilitação a entrar em vigor a 1 de Janeiro de 2002.</p>
1982 - 2001	<p>EUA - O <i>Tax Equity and Fiscal Responsibility Act</i> (TEFRA) continuou a ser o sistema de pagamento para as IRF e outras unidades de reabilitação. Estes pagamentos eram baseados nos custos durante um “período de base” resultando em desigualdades no pagamento entre as novas e antigas instituições.</p>
2001	<p>EUA - O FIM é recomendado como instrumento de medição da capacidade funcional para recolha de dados para o novo PPS.</p> <p>EUA - CMS estabelece o instrumento de recolha de dados IRF-PAI, sendo que as IRF devem submeter os dados necessários para o PPS.</p> <p>EUA - O <i>Secretary of Health and Human Services</i> providencia um <i>data system</i> para agrupamento de doentes e um <i>software</i> para transmissão dos dados.</p> <p>EUA - CMS publica o <i>Final Rule</i> PPS para as IRF</p> <p>EUA - Os FIM-FRGs passam a denominar-se Case-Mix Groups (CMGs)</p>
2002	<p>AUS - Criação do AROC a 1 de Julho. O AROC começa a recolher, de determinadas instituições, um conjunto de dados que inclui todas as variáveis utilizadas no sistema de classificação AN-SNAP.</p> <p>CAN - O CIHI desenvolve o NRS para recolha de dados de doentes de reabilitação.</p> <p>CAN - A partir de 1 de Outubro todos os hospitais de Ontário começaram a recolher informação dos seus doentes de reabilitação utilizando o CIHI NRS.</p>
2004	<p>CAN - O JPPC forma o RTWG para avaliar os sistemas de case-mix de reabilitação já existentes e recomendar um modelo para os doentes de Ontário.</p>
2005	<p>AUS - Revisão do sistema de classificação AN-SNAP solicitado pelo <i>New South Wales (NSW) Department of Health</i> com o intuito de desenvolver uma nova versão.</p>
2006	<p>EUA - A partir de 1 de Janeiro é implementado o 53-RUG-III que pretende minimizar as falhas apontadas ao 44-RUG-III.</p>
2007	<p>AUS - A partir de 1 de Julho entra em vigor o AN-SNAP 2.0</p>
2009	<p>EUA - No dia 31 de Julho o CMS publica uma <i>Final Rule</i> para as SNF para a implementação do novo sistema RUG-IV para efeitos de pagamento a partir de 1 de Outubro de 2010, juntamente com o MDS 3.0</p>
2010	<p>EUA - O MDS 3.0 é implementado na data prevista mas a implementação oficial do sistema RUG-IV é adiada até 1 de Outubro de 2011.</p>

3.6. Comparação dos sistemas de classificação analisados

Na tabela 27, é feita uma comparação das características mais importantes dos diferentes sistemas de classificação analisados, e na tabela 28 a comparação das categorias de incapacidade dos mesmos sistemas de classificação.

Tabela 27: Comparação dos diferentes sistemas de classificação de doentes

Sistema de Case-mix / País	CMGs EUA	RUG-IV EUA	AN-SNAP Austrália	RPGs Canadá
População Alvo	Todos os doentes adultos de reabilitação internados em IRFs e <i>rehabilitation hospitals</i> sob o SPP da Medicare.	Todos os doentes internados nas SNF sob o SPP da Medicare.	Todos os doentes sub-agudos e não-agudos.	Todos os doentes adultos de reabilitação em regime de internamento.
Tipo de Prestador	- IRF - Rehabilitation Hospitals	- SNF	Categoria Reabilitação: instituições públicas e privadas pertencentes ao AROC	- Hospital-based inpatient rehabilitation services
Internamento	Sim	Sim	Sim	Sim
Ambulatório	Não	Não	Sim (inclui same-day, outpatient e community)	Não
Número de Grupos	23 RICs	16 grupos, dos quais 10 para reabilitação	13 categorias para internamento e 13 para ambulatório	21 RGs
Número de Classes	92 CMGs	66 RUGs, dos quais 23 para reabilitação	45 classes para internamento e 15 para ambulatório	83 RPGs
Variáveis do instrumento de recolha de dados utilizadas para decisão (agrupamento)	- Idade - Impairment group - Co-morbididades - Resultado motor da MIF - Resultado cognitivo da MIF - Destino após alta - Dias de internamento Variável Dependente: - Demora Média	Por hierarquia de intensidade de serviços prestados. Categoria Reabilitação: - Tempo de terapias por semana - Nr de diferentes terapias - Nr de vezes de cada terapia - Nível de AVDs - Presença ou não de Extensive Services	Episódios de internamento: - Admissão para avaliação ou tratamento - Functional impairment codes - Resultado motor da MIF - Resultado cognitivo da MIF - Resultado total da MIF - Idade Variável Dependente: - Demora Média	- Idade - Impairment group - Resultado motor da MIF - Resultado cognitivo da MIF - Co-morbididades (fase implementação) Variável Dependente: - Demora Média
Tipo de Pagamento	SPP por episódio desde 2002	SPP por diária de internamento ajustada por case-mix desde 1998	SPP por episódio: (Per episode + per diem + outlier component) (fase de implementação)	SPP por episódio (fase de implementação)
Capacidade de previsão dos custos	> 50%	41.5%	26.72%, do ramo dos episódios de internamento de reabilitação	Não disponível

Tabela 28: Comparação das categorias de incapacidade dos sistemas de classificação de doentes analisados

CMGs Rehabilitation Impairment Categories (RICs)	Number of CMGs	AN-SNAP Impairment Group	Number of classes	Canada Rehabilitation Groups (RGs)	Number of RPGs
Stroke	10	Stroke	6	Stroke	7
Traumatic brain injury	7	Brain dysfunction	6	Traumatic brain injury	6
Non-Traumatic Brain Injury	4			Non-traumatic brain injury	4
Traumatic spinal cord injury	5	Spinal cord dysfunction	4	Traumatic spinal cord Injury	4
Non-Traumatic Spinal Cord Injury	6			Non-traumatic spinal cord injury	5
Neurological	4	Neurological	4	Neurological	4
Fracture of lower extremity	4			Fracture of lower extremity	6
Replacement of lower extremity joint	6			Replacement of lower extremity	6
Other Orthopedic	4	Orthopedic conditions	10	Other orthopedic	5
Amputation, lower extremity	3	Amputation of limb	2	Amputation, lower extremity	4
Amputation, non-lower extremity	2			Amputation, non-lower extremity	2
Osteoarthritis	3			Osteoarthritis	2
Rheumatoid, and other Arthritis	3			Rheumatoid arthritis and other arthritis	2
Cardiac	4	Cardiac	1	Cardiac	5
Pulmonary	4			Pulmonary	4
Pain Syndrome	3	Pain syndromes	1	Pain	2
Major Multiple Trauma without Brain or Spinal Cord Injury	4	Major Multiple Trauma (MMT)	4	Major multiple trauma, other multiple trauma and major multiple fractures	5
Major Multiple Trauma with Brain or Spinal Cord Injury	3	Brain, Neuro, Spine, & MMT, FIM 13	1	Major multiple trauma with brain or Spinal cord injury	3
Burns	1			Burns	1
Miscellaneous	4	Other impairments	4	Other disabilities	5
Guillain Barre	3	All other impairments, FIM 13	1	Ventilator dependent respiratory disorders	1
Short-Stay Cases	1	Admit for assessment only	1		
Expired While Hospitalized	4				
Total	92	Total	45	Total	83

Fonte: CMS, 2004; AROC, 2007b; CIHI 2011b.

Como podemos verificar, os grupos de incapacidade definidos para o sistema CMGs e RPGs são praticamente iguais, excepto às categorias *Guillain Barré*, *Short stay Cases* e *Expired While Hospitalized*. Em relação aos grupos de incapacidade do sistema AN-SNAP, podemos verificar que existem algumas semelhanças, embora o número dos grupos seja bastante inferior do que nos outros dois sistemas. Os diferentes códigos de incapacidade por detrás dos grupos de incapacidade de cada um dos sistemas de classificação, e o modo como foram definidos, são apresentados no Anexo X.

3.7. Análise crítica dos sistemas de classificação analisados

O sistema de classificação CMGs é o sistema de classificação de doentes de reabilitação mais desenvolvido mundialmente, sendo que os primeiros estudos realizados para o desenvolvimento do mesmo datam de 1993. Foi desenvolvido com o objectivo de classificação de doentes adultos com necessidade de MFR em regime de internamento, tendo em conta um dos objectivos mais importantes da reabilitação, o “ganho funcional”.

É utilizado para o financiamento dos doentes de reabilitação desde 2002, sendo também utilizado para a estimação de demoras médias, medição de resultados e iniciativas de *benchmarking* (Gagnon, Nadeau e Tam, 2005).

Vários estudos têm sido realizados para testar as suas capacidades, chegando-se às conclusões de que os CMGs são capazes de prever os custos ao longo do tempo (Carter *et al.*, 2003), mantêm-se estáveis ao longo dos anos, e possuem uma capacidade de explicação de aproximadamente 50% dos custos dos doentes (Stineman, 2001). A forte capacidade de previsão da demora média e do uso de recursos dos CMGs deve-se à adição da variável “estado funcional”, medido pela MIF, ao sistema FRGs previamente desenvolvido, uma vez que o estado funcional por si só é também importante para a previsão do uso de recursos em doentes de reabilitação (Stineman, 2001; Carter *et al.*, 2003). Esta capacidade foi demonstrada num estudo realizado por Carter *et al.*, (2003) mostrando uma forte relação entre os custos e os itens da escala de MIF. Um decréscimo significativo do custo é verificado em todas as seis RICs analisadas (*Stroke, Neurological, Fracture of Lower Extremity, Lower Extremity Joint Replacement, Cardiac, Miscellaneous*), quando o nível de independência aumenta em 7 dos 13 itens motores da MIF (*eating, dressing lower body, toileting, bladder management, transfer to bed or chair, transfer to toilet, locomotion*). Por exemplo, na RIC *Stroke*, um aumento de 1 valor no item “comer”, resulta numa diminuição de 3% nos custos esperados neste caso, com todas as outras variáveis iguais. Porém, os autores também verificaram que os itens cognitivos da MIF não prevêem os custos de uma forma tão consistente e uniforme como os motores. Contudo, por exemplo um aumento na independência no item “compreensão” está positivamente

relacionado com os custos em todas as RICs. Os autores chegam à conclusão que nem todos os itens da MIF têm uma correlação expectável como o custo, contudo, 90% de todas as variações de custo podem ser explicados utilizando os diversos itens da MIF (Carter *et al.*, 2003).

Algumas recomendações que têm vindo a ser apontadas a este sistema de classificação, estão maioritariamente relacionadas com a investigação de outras dimensões do desempenho cognitivo, tais como “funções executivas”, “motivação” ou “depressão”, na medida em que possam melhorar a escala cognitiva. O resultado motor da MIF juntamente com o Mini Mental Status Exam (ou Folstein Test) e a medição de comportamentos depressivos, demonstraram um aumento na capacidade explicativa nos doentes com Enfarte, do que aquele demonstrado pelo resultado motor e cognitivo da MIF, juntamente com a idade, como utilizados actualmente no sistema. Assim, questões adicionais sobre a orientação, memória, e interacções pessoais poderão ajudar na previsão de recursos dos doentes com um baixo nível cognitivo (Carter *et al.*, 2003). Mais estudos nesta área deverão ser efectuados.

Como desvantagem deste sistema, podemos apontar a limitação na sua aplicação. Ou seja, é necessário que o doente pertença a uma instituição previamente designada como IRF ou como *rehabilitation hospital*. Assim, o sistema classifica os doentes consoante a instituição onde são prestados os cuidados, e não necessariamente consoante as suas características clínicas.

O sistema de classificação RUG-IV foi desenvolvido com o objectivo de classificar doentes adultos com necessidade de cuidados de reabilitação e de enfermagem, em regime de internamento nas SNFs. Como já foi referido, os doentes admitidos nestas instituições, necessitam de uma grande componente de reabilitação, e o progressivo reconhecimento dessa necessidade fez com que o sistema evoluísse para um com cada vez mais ênfase nestes doentes. Actualmente, dos 16 grupos que formam o sistema, 10 são dedicados aos cuidados de reabilitação. Este sistema apresenta diferenças significativas em relação aos restantes sistemas analisados, uma vez que se destina a classificar doentes com demoras médias bastante superiores, facto que leva a que sejam financiados por diária, e não por episódio. Assim, as comparações directas entre o sistema CMGs e RUG-IV são difíceis de realizar, porque o último expressa a complexidade de case-mix por intensidade de serviço em vez da demora média, e não começa por diferenciar os doentes por incapacidade. Para além disso não mede a capacidade funcional do doente pela escala de MIF, mas sim por outros itens referentes às AVD. Em termos de base de financiamento, este sistema é utilizado com este fim desde 1998.

Em relação às desvantagens deste sistema podemos apontar a ausência de tradução de forma clara do ganho funcional dos doentes, a limitada especificidade das 23 classes distintas de classificação para os doentes de reabilitação, provocando um risco de se classificarem doentes muito heterogéneos numa mesma classe, e o seu extenso e complexo instrumento de recolha de dados, para o qual é necessário despende muito tempo, possuindo um grande peso e despesa administrativa. Como vantagem do sistema RUG-IV, podemos apontar a sua ampla utilização e validação internacional. Vários países têm vindo a realizar estudos de viabilidade da utilização deste sistema de classificação para financiamento de doentes, tal como a República Checa (Topinková, *et al.*, 2000), Itália (Brizioli, *et al.*, 2003), Japão (Chou, Chi e Leung, 2008) entre outros. Contudo, é importante não esquecer que o sistema de classificação RUG-IV não é exclusivo para uma população com necessidades de reabilitação, uma vez que possui um conjunto de classes que caracterizam doentes sem necessidades deste tipo de cuidados.

No Reino Unido, apesar de não se ter estudado directamente a viabilidade do RUGs para a classificação dos doentes de reabilitação, tem vindo a ser desenvolvida uma classificação para os doentes de reabilitação considerados como “complexos”, com base em variáveis semelhantes de decisão do sistema RUG-IV. Ou seja, a classificação em desenvolvimento irá ser baseada em variáveis como “auto-cuidados básicos”, “necessidade de cuidados de enfermagem especializados”, “número de diferentes terapias”, “intensidade de terapia”, “equipamentos especializados”, “necessidades médicas”, “procedimentos”, “demora média”, “tipo de instituição em que é tratado”, uma vez que se afirma serem estes os factores determinantes dos custos. Contudo, estas variáveis determinantes dos custos foram apontadas apenas para os doentes com necessidade de cuidados de neuroreabilitação complexos (Turner-Stokes, 2007a; Turner-Stokes, 2007b).

O sistema Australiano AN-SNAP foi desenvolvido com base na tentativa de classificação de todos os doentes pós-agudos e não-agudos, em regime de ambulatório e internamento, ao contrário do sistema de classificação CMGs que apenas pretende classificar os doentes adultos com necessidade de reabilitação em regime de internamento. Assim, a grande vantagem deste sistema de classificação, é que pretende classificar os doentes pelas suas características clínicas e não pela instituição que lhes presta os cuidados.

A revisão feita ao sistema em 2005 demonstrou uma grande falha na recolha periódica dos dados por parte das instituições, sendo que para o desenvolvimento da versão 2.0 só foram possíveis as alterações dos grupos referentes aos cuidados de reabilitação e aos cuidados paliativos, e ainda só no ramo de internamento. Da revisão realizada, três recomendações principais foram apontadas pelas comissões (Green e Gordon, 2007).

Em primeiro lugar, recomenda-se a aplicação da nova versão, até que novos dados permitam a realização de uma nova revisão. Contudo, é preciso ter em atenção se os episódios da categoria “avaliação e gestão geriátrica” não estarão a ser classificados como episódios de reabilitação, mais concretamente na classe *other impairments*, visto se ter assistido a uma grande diminuição deste tipo de episódios, e um aumento dos episódios classificados como *other impairments*. Por outro lado, é necessário ter em conta que a maioria das unidades de cuidados psico-geriátricos são agora financiadas como unidades de saúde mental, logo não participaram na nova recolha de dados. Em segundo lugar recomenda-se uma maior formação dos profissionais, de modo a clarificar a utilização e objectivos do sistema de classificação, incentivando o seu uso. Por último, futuras análises são necessárias de modo a rever as restantes *Case Type*, visto que não foi possível realizar uma revisão eficaz, e a criação de pesos relativos mais actuais para a nova versão. Dadas as alterações nas classes, e de outros factores como o uso crescente de medicamentos cada vez mais caros, foi necessário analisar se os pesos relativos das mesmas teriam sofrido alterações sendo inadequados para o novo sistema. Contudo, verificou-se que não existiam dados relativos aos custos dos episódios, entre 2003 a 2005 disponíveis durante o processo de revisão, não permitindo a realização de ajustes. Os pesos relativos para as novas classes tiveram que ser calculados utilizando os dados de 1996. Espera-se por novos resultados e recomenda-se que no futuro os dados relativos aos custos dos episódios sejam recolhidos e documentados (Green e Gordon, 2007), para que os mesmos possam ser aplicados num sistema de financiamento uniforme para todos os doentes de reabilitação em internamento. No caso do ramo “ambulatório” do sistema de classificação para a categoria reabilitação, mais estudos nesta área são necessários, sendo para tal imprescindível uma recolha de dados periódica, de modo a analisar se os resultados da sua aplicação serão suficientemente favoráveis.

Na Austrália, os critérios de admissão para reabilitação, a demora média, os custos dos cuidados e determinadas práticas clínicas apresentam diferenças em relação aos EUA. Assim, foi decidido que seria mais vantajoso criar um sistema de classificação de raiz, e não adoptar o sistema CMGs desenvolvido nos EUA (Lowthian *et al.*, 2000). Um estudo realizado em 2000, por Lowthian *et al.*, pretendeu comparar a aplicação dos sistemas de classificação CMGs e AN-SNAP, em simultâneo, num hospital australiano. A aplicação em grande escala do CMGs nos EUA, teve como incentivo em verificar a sua aplicação na Austrália. Doentes de reabilitação após enfarte foram então classificados segundo o AN-SNAP e segundo o CMGs. O que se verificou foi que o CMGs previa melhor o resultado motor da escala de MIF na alta, contudo esta diferença era pequena, quando a demora média era utilizada como variável dependente. Verificou-se também que muitos dos grupos

de *Stroke* no CMGs possuíam muito poucos doentes, tornando os resultados pouco fiáveis, chegando-se à conclusão que a aplicação do sistema AN-SNAP teria mais vantagens na Austrália. Outro estudo realizado em 2005, por Tooth *et al.*, em unidades de reabilitação após enfarte, na Austrália, verificou que o sistema de classificação AN-SNAP prevê de forma consistente a demora média, o destino após alta e alterações na funcionalidade, sendo um instrumento clínico útil para o estabelecimento de objectivos realistas de reabilitação e do plano de alta (Tooth *et al*, 2005).

Contudo, pela comparação da categoria de reabilitação (ramo dos episódios de internamento) com o sistema de classificação CMGs podemos concluir que muitos dos grupos de incapacidade são similares, a demora média é também utilizada como *proxy* dos custos e uso expectável dos recursos, e que as variáveis de decisão para a criação das classes finais são praticamente iguais (resultado MIF motor, resultado MIF cognitivo e idade), bem como a escolha do instrumento de medição da capacidade funcional MIF. Apesar destas semelhanças, sabemos que a categoria de reabilitação (ramo de internamento) do sistema AN-SNAP apresenta uma capacidade de prever os custos de 26.72%, o que é uma percentagem muito inferior à apontada para os CMGs, cerca de 50%. Com base apenas nesta diferença, surge a dúvida se um ajustamento dos CMGs para a realidade australiana não seria mais favorável para a classificação dos doentes de reabilitação em regime de internamento.

No Canadá, optou-se pela adaptação de um dos sistemas de classificação de case-mix já existentes, em vez da criação de um novo sistema de raiz, o que implicaria custos mais elevados. A transposição directa do sistema norte-americano CMGs para o Canadá, não fazia sentido devido às grandes diferenças nos padrões de custos e na demora média dos doentes nos dois países⁸² (JPPC, 2006a e 2006b), logo uma alteração deste sistema de classificação foi a solução mais conveniente e menos dispendiosa. Após a criação do sistema de case-mix canadiano RPG (com base no CMGs), podemos verificar que o mesmo apresenta algumas diferenças em relação ao sistema de classificação CMG para o mesmo tipo de doentes. Uma das diferenças deve-se à diferente fonte de dados, uma vez que os CMGs foram desenvolvidos a partir de dados de doentes pertencentes ao *Medicare* (por norma, doentes mais idosos), enquanto os RPG foram desenvolvidos a partir de dados de todos os doentes com alta entre 2002 e 2004, ou seja todos os doentes acima dos 18 anos. Esta situação pode levar a diferentes tipos de ajustamentos de case-mix, uma vez que nestes sistemas a idade é um factor determinante para a classificação. Assim, em

⁸² No ano de 2005, em Ontário, a demora média dos doentes de reabilitação foi superior a 25 dias com um custo médio de C\$550 por cada dia de permanência. Estudos demonstram que a DM dos doentes em Ontário era superior ao dos mesmos tipos de doentes nos EUA. Um exemplo evidente é uma diferença na DM de 95 dias, entre os dois países, para os doentes com lesões vertebro-medulares, pertencentes ao nível de menor funcionalidade (Sutherland e Walker, 2008).

comparação com o sistema de classificação canadiano, o CMGs poderá não ser tão eficaz em detectar os subtis efeitos provocados pela idade entre grupos de doentes mais novos (Sutherland e Walker, 2008). Podemos ainda verificar, através de resultados de uma análise estatística, que os RPGs têm uma maior capacidade de explicação de variação da demora média do que o sistema americano, em muitos dos RGs, excepto na RPG “lesões vértebro-medulares traumáticas” e “artrite reumatóide e outras artrites” (JPPC, 2006b), e que os grupos mais comuns de RPGs são “condições ortopédicas” e “enfarte” sendo que representam cerca de dois terços de todos os registos (CIHI, 2009).

Apesar de os itens cognitivos adicionais, recolhidos pelo NRS, ainda não terem demonstrado uma relação com os custos dos episódios ou com a demora média, recomendam-se futuras investigações que estudem esta relação, à medida que os dados se tornem disponíveis (JPPC, 2006b), uma vez que, os dados utilizados durante o processo de desenvolvimento dos RPGs têm vindo a sofrer alterações com as características dos doentes em hospitais de reabilitação, sendo possível que agora os itens cognitivos possam estar relacionados com os custos e com a demora média. Para além disso, os dados de custos que foram originalmente utilizados no desenvolvimento do sistema, foram baseados em aproximações dos custos dos doentes. Esta fonte de dados tem sido reforçada nos últimos cinco anos, e pode agora revelar relações entre as variáveis que não eram aparentes durante a fase de desenvolvimento (J.Sutherland)⁸³.

Contudo, não quer isto dizer que o sistema de classificação RPGs se baseia em dados de custos de episódios, mas a expansão do *Ontario Case Costing Initiative* desde 2007, levou à identificação, desenvolvimento e possível inclusão de esta nova fonte de dados, sobre a qual se poderá avaliar e rever o sistema de classificação, nomeadamente a atribuição de pesos relativos (Sutherland, 2010).

Porém é importante não esquecer, que ainda não existe um ajustamento do sistema RPGs por co-morbilidades, uma vez que é necessário rever a exactidão, qualidade e integridade dos dados recolhidos pelo NRS. A perpetuação desta falta de ajustamento poderá estar a prejudicar as instituições com doentes mais complexos, pelo que a revisão deste ajustamento é essencial num futuro próximo. Por outro lado, a falta de incentivo actual para situações de *upcoding* deverá permitir a integridade dos dados actualmente recolhidos, até que um sistema de ajustamento possa ser desenvolvido (Sutherland, 2010).

⁸³ Comunicação oral.

3.7.1. Limitações à análise dos sistemas de classificação

Como limitações à análise dos sistemas de classificação de doentes de reabilitação em regime de internamento, podemos apontar a escassez no desenvolvimento e implementação destes sistemas de classificação a nível mundial. Com a pesquisa realizada verificou-se que existiam apenas quatro sistemas de classificação de doentes de reabilitação, dos quais se chegou à conclusão que o RUG não é necessariamente exclusivo para os doentes de reabilitação, bem como o AN-SNAP que para além de não ser exclusivo, ainda apresenta várias falhas na sua construção não sendo utilizado como base de financiamento pela totalidade das instituições prestadoras de cuidados de reabilitação. Por outro lado, o sistema canadiano RPGs é uma adaptação do sistema norte-americano CMGs, o qual também ainda necessita de alterações ao nível do ajustamento por co-morbilidades e desenvolvimento de novos pesos relativos, antes de poder ser implementado como base para um SPP de todos os doentes de reabilitação em regime de internamento. No caso do sistema de classificação RPGs, não foi encontrada na literatura a percentagem da capacidade de previsão dos custos, como nos outros sistemas. Assim, o sistema de classificação CMGs é praticamente o único sistema desenvolvido exclusivamente para a população pretendida, e utilizado como base de financiamento desde 2001.

Outra limitação sentida durante a realização desta análise foi o facto de não existirem muitos estudos publicados de apoio à evidência da efectividade e validade dos sistemas de classificação, ao contrário da literatura encontrada sobre a metodologia e desenvolvimento dos sistemas. Na análise comparativa dos sistemas de classificação também foram sentidas algumas limitações, devido aos poucos estudos publicados sobre este tema, e devido ao facto de alguns deles terem sido desenvolvidos com diferentes objectivos, tornando esta análise ainda mais difícil.

Em relação aos sistemas de classificação que começaram a ser desenvolvidos na Europa, sabe-se apenas que, na Alemanha, as *Rehabilitee-Management-Categories* pretendem incluir as dimensões “dependência”, “psicológicas” e “sociais”, e são baseadas nas necessidades de tratamento, sendo a homogeneidade dos custos uma variável menos importante. Na Suíça, o *Swiss Classification System for Rehabilitation Patients* baseia-se nas características dos doentes (diagnóstico, estado funcional, idade, co-morbilidades, dor e estilos de vida como tabaco e álcool) para a criação de três principais categorias de reabilitação (reabilitação neuromuscular, músculo-esquelética + *work-related rehabilitation*, e *early-rehabilitation*), para diferentes categorias de custos (baixo, médio e elevado). A variável que demonstrou ser a mais relacionada com os custos foi o estado funcional. Na Noruega, a primeira prioridade foi o estabelecimento de um instrumento de medição da funcionalidade, designado por *Nordic Assesment Score*, baseado na Classificação

Internacional de Funcionalidade (CIF)⁸⁴. Este instrumento pretende servir como uma escala de avaliação do estado funcional dos doentes, como instrumento de avaliação dos recursos necessários para a reabilitação, e como medida de análise do case-mix da reabilitação. No futuro, o sistema de classificação de doentes de reabilitação deve ser incluído no sistema NordDRG já existente (Talvinko e Virtanen, 2007; Rossi, 2010; Spyra e Ammelburg, 2010). Finalmente, no Reino Unido, foi considerado que os HRGs deveriam ser modificados para classificar os doentes com necessidade de cuidados de reabilitação pouco complexos, centrando-se a investigação na criação de uma escala de complexidade de cuidados, para os cuidados de reabilitação considerados como complexos, com demoras médias muito superiores, e muito mais dispendiosos. A escala é designada por *Rehabilitation Complexity Scale*, a qual pretende medir quatro parâmetros que influenciam a prestação de cuidados de reabilitação – auto-cuidados básicos, necessidade de cuidados especializados de enfermagem, número de horas de terapia necessária e necessidade de cuidados médicos⁸⁵. Este instrumento permite estimar a complexidade das necessidades de reabilitação de uma forma válida e fiável, tendo-se demonstrado a sua aplicabilidade. Contudo, informação sobre os custos destas necessidades ainda não fora estabelecida. Sabe-se apenas que quanto maior o resultado da escala, mais complexo é o doente, maior será a sua demora média, e maiores serão os custos necessários para o tratamento do doente (Turner-Stokes, 2007; Turner-Stokes, 2007b). Mas, este sistema poderá apresentar como limitação a classificação de apenas doentes complexos, não incluindo a maioria dos doentes que necessitam de cuidados de reabilitação menos complexos.

3.8. Sistemas de classificação de doentes de reabilitação em Portugal

À semelhança do que acontece nos outros países, também em Portugal o sistema de classificação GDH não inclui os doentes de reabilitação. Possui apenas um GDH, (GDH 462 – Reabilitação), onde são agrupados todos os doentes admitidos nos hospitais de agudos com necessidade de reabilitação. Assim, após a implementação do GDH para efeitos de financiamento hospitalar, os doentes internados em instituições prestadoras de cuidados de MRF continuaram, e ainda continuam, a ser pagos por diária de internamento, sem nenhum tipo de ajustamento relativo à sua complexidade e necessidade de cuidados, baseado num sistema de classificação de doentes.

Na maioria destas instituições, os registos efectuados destes doentes são apenas relativos ao número de dias de internamento, não se recolhendo mais informação relativa a estes episódios, que permita caracterizar os tipos de doentes tratados, e a sua complexidade. Assim, para uma distribuição mais equitativa dos recursos financeiros, segundo as

⁸⁴ Ver glossário

⁸⁵ Pode-se dizer que esta classificação de aproxima do sistema de classificação RUG.

necessidades reais dos doentes, para uma melhor prestação de cuidados, surgiu a necessidade de criação de um sistema de classificação de doentes de MFR, em internamento e em ambulatório. O projecto⁸⁶ para a criação do mesmo já se encontra em desenvolvimento, pela ACSS, com parceria de algumas unidades de MFR de internamento e ambulatório (ACSS, 2011c).

À semelhança dos sistemas de classificação de doentes já descritos, com este projecto pretende-se criar um sistema de classificação e agrupamento de doentes de MRF em Portugal, e consequentemente um modelo de financiamento, que irá integrar um conjunto de características que descrevem estes doentes, a sua dependência e os seus níveis de complexidade. A cada um dos episódios finais, será atribuído um valor de pagamento, a receber por parte dos prestadores, que deverá reproduzir o mais correctamente possível, o uso de recursos, e consequentemente o valor dispendido com o tratamento adequado de cada um dos doentes (ACSS, 2011c).

Para atingir estes objectivos, foi necessário avaliar as alternativas disponíveis e apresentar as que seriam mais significativas e vantajosas para a realidade portuguesa (Mateus, 2010). Assim, optou-se pelo estudo da aplicação do sistema de classificação de doentes desenvolvido nos EUA, o CMGs. A aplicação do mesmo pretende caracterizar a produção, dos doentes MFR de internamento, em centros especializados de MFR e em unidades de MRF pertencentes a hospitais centrais. Tal como no modelo americano, será utilizada a CID-9-MC⁸⁷ para a classificação dos diagnósticos e co-morbilidades, e a escala de MIF para a medição da capacidade funcional (ACSS, 2011c).

3.8.1. Projecto de Implementação

O projecto-piloto desenvolvido pela ACSS, para a criação do sistema de classificação de doentes de MRF e respectivo financiamento, possui três fases essenciais. Na primeira fase pretende-se classificar retrospectivamente os episódios de internamento, de um determinado período de tempo, que não deverá ser inferior a dois anos, utilizando para tal um instrumento de recolha de dados; na segunda fase pretende-se inserir os episódios codificados na aplicação informática e consequente agrupamento⁸⁸. Por fim, pretende-se analisar os dados e respectivos custos. Após este período, o sistema de classificação irá ser testado em sete instituições de MFR. A ACSS tem contado essencialmente com a colaboração do CMRA e com a Faculdade da Universidade do Porto (que tem contribuído

⁸⁶ Este projecto está enquadrado num dos objectivos da Unidade Operacional de Financiamento e Contratualização (UOFC) de forma a garantir a qualidade de implementação do sistema de classificação.

⁸⁷ A versão da CID que se encontra estabelecida nos Hospitais do SNS em Portugal é a CID-9-MC (Artigo 3.º, alínea r da Portaria n.º567/2006, Diário da República 1.ª série – B N.º113 de 12 de Junho de 2006)

⁸⁸ O algoritmo do agrupador utilizado para o desenvolvimento do projecto é igual ao dos EUA utilizado em 2006, ou seja, as variáveis utilizadas para o agrupamento são idênticas às dos EUA.

com o desenvolvimento de uma aplicação informática para a classificação e agrupamento dos episódios num total de 100 grupos⁸⁹). (Simões, Barros e Silva, 2009).

Em 2006, cinco foram as instituições de saúde solicitadas para codificar os dados, segundo o instrumento de recolha de dados elaborado. Estas instituições foram o Centro de Medicina e Reabilitação de Alcoitão, Centro de Medicina e Reabilitação da região Centro, Hospital de Curry Cabral, Hospital de Santo António e o Hospital da Prelada. Contudo, apenas o CMRA⁹⁰ começou por codificar os dados desde dessa data, até à actualidade. Ou seja, em Alcoitão, há dados codificados desde 2006, inclusive (Dra. Helena Lopes)⁹¹.

Para a recolha de informação dos doentes de MFR em regime de internamento, a ACSS adoptou o instrumento de recolha de dados IRF-PAI, criando um modelo para a realidade portuguesa (o instrumento foi ligeiramente modificado, tendo se adicionado itens para as variáveis “complicações” e “ajudas técnicas” e retirados outros). Este instrumento de recolha de dados é preenchido por um médico a partir dos dados do processo clínico do doente⁹². Como já foi referido, e à semelhança do IRF-PAI, este instrumento possui um “código etiológico” que corresponde à principal razão de admissão para reabilitação, a ser preenchido pelos códigos da CID-9-MC. Após o preenchimento do instrumento de recolha de dados, estes são introduzidos num sistema informático e enviados directamente à ACSS. Em Portugal, é necessária uma formação profissional do manual de CID-9-MC, que habilite o médico a preencher o instrumento de recolha de dados, nomeadamente o código etiológico e as co-morbilidades. Esta formação consta num curso intensivo de duas semanas, disponível na ACSS (pago pelos médicos ou pela instituição onde trabalham). Por outro lado, enquanto em países, como nos EUA, o profissional de saúde elegido para formação no manual da CID-9-MC não ter de ser necessariamente um médico, em Portugal, este é um requisito fundamental. No CMRA são dois os médicos que tiveram formação da CID-9-MC, que os possibilita a realizarem a codificação dos dados (Dra. Helena Lopes)⁹³.

No CMRA, foi também adicionada uma “ficha” ao processo clínico dos doentes onde deve ser preenchido o diagnóstico principal, complicações e co-morbilidades do doente, de modo a facilitar o processo de transposição dos dados do processo clínico, para o instrumento de recolha dos dados. O tempo necessário para o preenchimento completo do instrumento de recolha de dados é aproximadamente entre 45 minutos a 1 hora, desde que não existam incoerências nos dados do processo clínico. Quando estas ocorrem, sendo necessário contactar os profissionais de saúde responsáveis pelo mesmo, pode levar até 3 horas. O

⁸⁹ O CMRRC já tem acesso a esta aplicação.

⁹⁰ As restantes instituições começaram por codificar os dados em 2008, sendo que, de um modo geral, apresentam os dados codificados quase na sua totalidade para esse ano. Contudo, foram abandonando o projecto.

⁹¹ Comunicação oral.

⁹² Os doentes com idade igual a 7 anos e 364 dias foram excluídos deste processo, visto ser este o limite de idade imposto para a aplicação da escala MIF.

⁹³ Comunicação oral.

resultado da escala de medição da capacidade funcional dos doentes MIF é realizado por toda a equipa de reabilitação (fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais, enfermeiros, médicos, psicólogos...) consoante os itens em causa. Os resultados são posteriormente discutidos por toda a equipa em conjunto. Contudo, não existe uma formação “formal” específica para os profissionais de saúde, de utilização da escala de MIF, como por exemplo na Austrália. Todos os profissionais podem fazer a avaliação. A escala de MIF é aplicada nos primeiros 3 dias de admissão do doente, e o mais próximo possível da alta (Dra. Helena Lopes)⁹⁴. A Dra. Helena Lopes, pela sua experiência no CMRA, refere que globalmente existe uma boa cooperação por parte dos profissionais de saúde das diversas áreas para a facilitação do processo de recolha de dados, pois reconhecem a importância do desenvolvimento de um sistema de classificação para os doentes de MFR.

3.8.2. Proposta de conjunto mínimo de dados para Portugal

Em Portugal, o método de recolha de dados para a classificação dos doentes segundo o sistema de classificação GDH, é o Método Administrativo. Este modelo é defendido por vários autores e privilegia a acessibilidade e disponibilidade dos dados proporcionados pelas notas de alta, para a sistematização da informação. Os dados presentes nas notas de alta são elementos de identificação do doente, dados da admissão, transferências, destino após alta, diagnósticos, procedimentos entre outros. Assim, os dados administrativos são fáceis de implementar e gerir e possuem “baixos” custos associados. Por outro lado, não privilegiam a validade de construção e de conteúdo⁹⁵, como por exemplo os Modelos Clínicos⁹⁶, uma vez que podem conter insuficiências na informação para a classificação correcta de um episódio de internamento. Contudo, visto que o aspecto financeiro é determinante, existe uma preferência pela utilização dos resumos de alta (Costa, Lopes e Santana, 2008).

Em relação aos doentes de reabilitação tratados nos serviços de MFR, actualmente, não existe uma recolha de dados uniforme, consistente e periódica destes doentes sendo a informação disponível dos mesmos muito limitada, como já foi referido. Assim, não é possível saber concretamente quais as características dos doentes com necessidade de reabilitação em Portugal, e quais são, especificamente essas necessidades de cuidados.

No caso do método de recolha de dados para o sistema de classificação de doentes de reabilitação, deve-se optar igualmente pelo modelo administrativo, pelas razões já apontadas, e também porque é o modelo utilizado actualmente nos EUA para o sistema de

⁹⁴ Comunicação oral.

⁹⁵ Validade de construção está relacionada com a correspondência entre o valor medido com o real, ou seja, com o medir aquilo que se pretende; a validade de conteúdo está relacionada com o grau de credibilidade e compreensão das categorias definidas pelo sistema.

⁹⁶ Os Modelos clínicos incluem, para além dos dados administrativos, outros, dos processos clínicos dos doentes, permitindo caracterizar a história e o exame objectivo do doente (sintomas, sinais vitais e exames complementares de diagnóstico).

classificação CMGs, o qual pretende ser implementado em Portugal. Uma vez que não foi possível ter acesso ao instrumento de recolha de dados desenvolvido pela ACSS com base no IRF-PAI, é proposto na tabela 29, o conjunto mínimo de dados que este instrumento deverá conter. Os itens foram elaborados com base nos dados comuns que são recolhidos pelos instrumentos de recolha de dados já analisados, e com base nas falhas apontadas aos mesmos.

Tabela 29 – Conjunto mínimo de dados para Portugal

Conjunto mínimo de dados
Informação sócio-demográfica Nº Cartão de utente Nº Documento de identificação Data de nascimento Sexo Estado civil Estado profissional Escolaridade Residência
Informação de Admissão Instituição Data de admissão Data de avaliação Tipo de admissão (avaliação, reinternamento...) Admitido de (domicílio, internamento hospitalar...) Nível de assistência informal recebido antes da admissão Tipo de residência habitual Com quem vivia antes da admissão
Informação Médica Código de diagnóstico (CID-10) Código de Incapacidade (admissão e alta) Co-morbilidades (CID-10) (pré admissão) Complicações (CID-10) (pré-admissão) Procedimentos ou intervenções (pré admissão) Co-morbilidades (CID-10) (alta) Complicações (CID-10) (alta) Código de interrupção de tratamento ou causa de morte (CID-10)
Capacidade funcional Escala MIF (admissão, alta e metas) e data de avaliação Escala ASIA (quando relevante) Mini Mental State Examination Itens cognitivos adicionais: Comunicação – expressão verbal ou não verbal

Comunicação – expressão escrita Comunicação – compreensão auditiva ou não auditiva Comunicação – compreensão de leitura Impacto da dor Ajudas Técnicas (admissão e alta)
Informação de Alta Data de possibilidade de alta Data real de alta Razões de espera de alta (se data real > data possível) Número total de dias de internamento Razão para alta Saída contra parecer médico Transferido ou falecido Doente referenciado para (destino após alta) Se referenciado para domicílio: - Cuidados especializados - Cuidados informais - Com quem vai viver após alta Número de interrupções do programa (datas) Número total de dias de interrupção do programa Razão para interrupção do programa
Indicadores de qualidade Quedas Úlceras de pressão

3.9. Retomando as questões de partida

1ª Questão – Existe um conjunto mínimo de dados comum aos diferentes sistemas de classificação de doentes de reabilitação em regime de internamento?

Dos instrumentos de recolha de dados analisados (excepto o MDS 3.0), podemos verificar que todos eles incluem áreas de conjuntos de itens semelhantes. Ou seja, incluem itens dedicados à recolha de: Informação de identificação, a qual inclui normalmente informação sócio-demográfica do doente, incluindo a idade, e por exemplo a sua situação habitacional e nível de assistência pré-admissão, informação da instituição que trata o doente, e informação referente à entidade pagadora; Informação de admissão, que inclui dados relativos às datas e tipo específico de admissão do doente; Informação médica, que inclui todos os códigos de diagnóstico, incapacidade e co-morbilidades do doente; Informação relativa à funcionalidade do doente, medido pela escala de MIF e eventualmente por outros itens específicos de capacidade funcional do doente, e finalmente a Informação de alta do doente, que inclui dados administrativos e sociais do doente pós-admissão. O instrumento

de recolha de dados IRF-PAI possui ainda uma área de dados dedicada à recolha de indicadores de qualidade, sendo o único de todos os instrumentos.

Em relação à informação médica e de funcionalidade do doente, existe um consenso na literatura de que o diagnóstico principal por si só não é adequado para a previsão do uso de recursos e do custo dos serviços nos doentes de reabilitação, e que variáveis como a medição da capacidade funcional devem ser incluídas para a previsão do uso de recursos, uma vez que quanto maior a necessidade de reabilitação do doente, maior é o custo expectável do tratamento fornecido. Todos os instrumentos de recolha de dados que foram analisados têm em consideração este elemento, sendo a escala escolhida para essa medição a escala de MIF, excepto no sistema de classificação RUG-IV, para o qual uma escala de AVD foi eleita. A presença de co-morbilidades demonstrou igualmente estar relacionada com maiores custos de tratamento dos doentes, uma vez que estas poderão dificultar, agravar ou atrasar o processo de reabilitação. Esta é também uma característica essencial que deverá estar presente na recolha de dados.

Para além das fortes associações entre o estado funcional na admissão e a presença de co-morbilidades com os custos totais do tratamento, verificaram-se ainda fortes associações entre estas variáveis com a demora média. Assim, a demora média foi a variável dependente escolhida para a medição da complexidade de case-mix dos doentes de reabilitação, sendo um dos elementos essenciais a ser recolhidos na informação de alta do doente.

Sem estar ainda comprovada uma relação directa com os custos, outros factores têm sido apontados para o sucesso dos programas de reabilitação, como a função cognitiva e depressão. Estas variáveis não são incluídas de forma sistemática em todos os conjuntos mínimos de dados, estando a “depressão” apenas presente no MDS 3.0, e os itens cognitivos (adicionais aos já recolhidos pela escala de MIF) presentes apenas no NRS.

2ª Questão – Do conjunto mínimo de dados, quais as variáveis de agrupamento comuns utilizadas para o agrupamento de doentes nos diferentes sistemas de classificação?

As variáveis de agrupamento comuns aos sistemas de classificação CMGs, AN-SNAP, e RPGs, utilizadas para agrupar os doentes nas classes finais dos respectivos sistemas de classificação, são “tipo de incapacidade”, “resultado motor da escala de MIF”, “resultado cognitivo da escala de MIF” e “idade”. Para além destas, a variável “co-morbilidade” é utilizada pelo sistema de CMGs e está em desenvolvimento a sua inclusão nos sistemas RPGs e AN-SNAP para ajustamento da complexidade de casemix com finalidade de estabelecimento de diferentes preços. O sistema de classificação CMGs, utiliza ainda as

variáveis “destino após alta” e “número de dias de internamento” para agrupamento dos doentes, uma vez que possui classes especiais para os doentes falecidos e com demoras médias extremamente curtas. O sistema que não apresenta variáveis de agrupamento em comum com os restantes é o RUG-IV, no qual os doentes são agrupados essencialmente pelo “tempo de terapia recebido” e pelo “tipo de cuidados prestados”, sendo a avaliação da capacidade funcional do doente medida apenas por quatro AVD.

3ª Questão – Em que medida os sistemas de classificação de doentes são capazes de prever os custos dos doentes de reabilitação tratados em regime de internamento?

Dos sistemas de classificação analisados, apenas os sistemas norte-americanos CMGs e RUG-IV estão a ser utilizados como bases para um sistema de pagamento prospectivo desde 2001 e 1998 respectivamente. O sistema de classificação canadiano ainda não possui um ajustamento por co-morbilidades, o qual irá ser efectuado no futuro, juntamente com a recolha de dados de custos de episódios, e não se basear apenas em aproximações de dados de custo, de modo a tornar esse ajustamento mais correcto. No caso do sistema Australiano, este afirma prever em 26,72% (ramo dos episódios de internamento de reabilitação) os custos relacionados com a prestação dos cuidados. Contudo, não possui ainda um ajustamento dos mesmos pelas co-morbilidades, uma vez que esta não é uma variável de decisão no agrupamento do doente na classe final, e os seus pesos relativos foram baseados em dados de episódios do ano de 1996, podendo já estar desactualizados. Assim, o sistema de classificação que melhor prevê os custos de tratamento dos doentes de reabilitação em regime de internamento é o CMG, permitindo uma previsão de 50% dos mesmos. Curiosamente, é este o sistema que utiliza o maior número de variáveis de agrupamento para a classificação nas classes finais. O RUG-IV, apesar de não exclusivo para os doentes de reabilitação, possui igualmente uma boa capacidade de previsão dos custos da população que classifica: 41,5%.

4ª Questão – Qual a importância da implementação de um sistema de classificação de doentes de reabilitação em Portugal, e quais as suas vantagens para o financiamento das instituições?

Actualmente não existe nenhum sistema de classificação de doentes de reabilitação em regime de internamento em Portugal, sendo que o sistema de classificação GDH possui apenas um GDH “462 – Reabilitação” para classificar estes doentes, não sendo uma alternativa viável. Assim, os doentes com necessidade de reabilitação internados em unidades especializadas e nas unidades da RNCCI continuam a ser financiadas por diárias de internamento. O seu financiamento não é assim ajustado pela sua complexidade nem pelas suas reais necessidades e consumo de recursos. Todos os sistemas de classificação

desenvolvidos no sentido de servirem de base a um sistema de financiamento procuram melhorar o acesso a cuidados de qualidade, promover a eficiência na prestação de cuidados, melhorar a distribuição de recursos e a equidade no financiamento. Assim, e tal como tem acontecido nos outros países, deveria ser aplicado um sistema de case-mix de doentes de reabilitação em Portugal com estes objectivos.

Por outro lado, é necessário ter em atenção que ainda não existem estudos publicados sobre a eficiência e eficácia dos sistemas de classificação utilizados para o financiamento dos doentes de reabilitação, não se podendo afirmar, que a implementação do mesmo irá contribuir para a redução dos custos globais, ou diminuição da demora média destes doentes.

4. Discussão

Um sistema de classificação de doentes é distinto de um sistema de pagamento, contudo uma das mais importantes aplicações dos sistemas de case-mix é o ajustamento do pagamento pela complexidade dos doentes que classifica, de modo a tornar-se potencialmente num dos vários componentes da fórmula do sistema de pagamento (Stineman, 1997). Para poder ser utilizado com fins de financiamento, o sistema de classificação deve ser eficaz, sendo que essa eficácia depende da sua capacidade de agrupamento dos doentes (White, Pizer e White, 2002). Para a determinação dessa capacidade, devem ser realizadas várias associações estatísticas, entre as quais as quatro mais relevantes consistem na medição dos seguintes parâmetros (Stineman, 1995):

- O grau de explicação da variação do uso de recursos conseguido pelos grupos de doentes definidos, usualmente expresso pelo coeficiente de correlação R^2 ⁹⁷.
- O gradiente de previsão entre os grupos dentro do sistema, caracterizado pelas diferenças no uso médio dos recursos entre os grupos. Quanto maior a diferença na média do uso dos recursos entre os grupos, melhor é a capacidade do sistema na distinção entre os mesmos.
- A homogeneidade dos grupos individuais, ou seja, o grau pelo qual os doentes classificados nos diferentes grupos traduzem um consumo similar de recursos, medido pelo coeficiente de variação. Quanto menor este valor, maior é a homogeneidade do grupo.
- A estabilidade de previsão do sistema, que é determinada pela utilização do sistema de classificação para a previsão do uso de recursos a partir de um conjunto de dados de doentes, diferentes do que aqueles que foram utilizados para a sua construção.

Todos os sistemas de classificação, por mais que consigam seguir os critérios essenciais de eficácia acima descritos, possuem vantagens, desvantagens e incentivos mais ou menos favoráveis. Assim, antes da implementação de um sistema de case-mix para fins de financiamento é necessário ter em conta os possíveis incentivos do modelo a implementar. Alguns dos incentivos, vantagens e desvantagens apontadas ao sistema de classificação GDH, são também uma preocupação nos sistemas de classificação de doentes em reabilitação.

O sistema de classificação GDH procura incentivar a eficiência, a qual requer um cuidado no balanço dos potenciais incentivos provocados. Assim, como incentivos “favoráveis” podemos apontar o objectivo de “reembolso” por produção, o que pressupõe um uso mais eficiente dos recursos. Ou seja, visto que o pagamento é feito por *output* (por resultado), face ao diagnóstico e procedimentos, o incentivo está na minimização de recursos por serviço prestado (Scheller-Kreinsen, Geissler e Busse, 2009). Por outro lado, a duração de

⁹⁷ O R^2 mede a percentagem da variação de uma variável que pode ser explicada por outras, sendo que quanto maior o valor do coeficiente de correlação entre as duas variáveis, maior é o poder explicativo.

internamento prevista pode ser encarada como uma medida de eficiência, através da comparação entre valores esperados e observados, directamente relacionados com ganhos ou perdas no financiamento (Santana, 2005).

Os possíveis incentivos “desfavoráveis”, que muitas vezes têm sido apontados aos GDH, e que deverão ser evitados por todos os sistemas de classificação, são os seguintes: o incentivo para o tratamento de doentes cujo custo expectável seja inferior ao pagamento ou o desencorajar do tratamento de doentes cujo custo expectável seja superior ao pagamento correspondente, levando a situações de selecção adversa; o não asseguramento de um tratamento íntegro dos doentes pela tendência de minimização dos custos do tratamento, como meio de “poupar” recursos, pondo em causa a qualidade dos serviços prestados; alta precoce dos doentes⁹⁸; e a incorrecta documentação dos serviços, levando a situações de “sobre-codificação”, e consequente maior pagamento (Busse, Schreyogg e Smith, 2006; Scheller-Kreinsen, Geissler e Busse, 2009).

Entre as vantagens mais frequentemente apontadas do sistema de classificação GDH estão: a possibilidade de aplicação de um sistema de pagamento prospectivo, uma vez que é possível determinar e avaliar os custos de tratamento de um determinado doente, tendo em conta as suas características; uma boa fiabilidade do sistema (Busse, Schreyogg e Smith, 2006; Costa, Lopes e Santana, 2008; Scheller-Kreinsen, Geissler e Busse, 2009); a possibilidade de distribuição de recursos de uma forma mais consciente e eficiente (Chilingerian, 2008), e a possibilidade de realizar comparações e avaliações de desempenho e de uso de recursos (Scheller-Kreinsen, Geissler e Busse, 2009).

Uma das limitações deste sistema de classificação, mais frequentemente apresentada, é a utilização da variável “duração do internamento” para medição do consumo de recursos, uma vez que a cada produto corresponde uma duração de internamento prevista, sendo um factor decisivo para os ganhos e perdas a nível de financiamento. Assim, este sistema pressupõe, que o consumo de recursos é constante em todos os dias de internamento, quando, na verdade, este tende a ser muito elevado nos primeiros dias, e normalmente resumido a cuidados básicos de enfermagem, nos dias que antecedem a alta⁹⁹ (Santana, 2005). Outras críticas apontadas estão relacionadas com as possíveis incorrecções que poderão estar presentes nos resumos de alta; a heterogeneidade clínica, devido à definição de grupos demasiado “agregativos” e as variações na prática clínica e possível identificação incorrecta dos produtos (Costa, Lopes e Santana, 2008).

⁹⁸ Este incentivo já é actualmente minimizado pelo estabelecimento de limites mínimos de internamento, os quais são penalizados financeiramente, quando não cumpridos pelas instituições.

⁹⁹ Esta limitação tem sido minimizada para os GDH cirúrgicos, uma vez que existe um preço especial (mais elevado) para estes GDH, para o primeiro dia de internamento.

É necessário avaliar e ter em conta todos os factores positivos e negativos, quando se pretende medir as melhorias na eficiência e o sucesso da implementação de um sistema de financiamento (Busse, Schreyogg e Smith, 2006). Assim, apesar das desvantagens apontadas, os GDHs mudaram as políticas de saúde e a sua gestão (Chilingerian, 2008) tornaram-se cada vez mais populares entre as entidades de financiamento hospitalares (Wiley, 2005), começaram a ser cada vez mais utilizados para o aumento da transparência e indução da eficiência (Scheller-Kreinsen, Geissler e Busse, 2009), tornaram-se dominantes para a medição do case-mix hospitalar e mudaram a visão que se tinha dos hospitais, uma vez que agora estas instituições já não eram caracterizadas como produtores de 400 mil actividades distintas. Com as centenas de GDHs estabelecidos, a complexidade dos hospitais tornou-se manejável e a produção dos hospitais tornou-se compreensível, tornando-se o DGH sinónimo de produto hospitalar. Os GDH estiveram assim na base para a transformação do pagamento e financiamento dos cuidados de saúde (Chilingerian, 2008).

Em relação à aplicação de sistemas de classificação de doentes de reabilitação, não existem ainda muitos estudos de evidência empírica relativamente à introdução de um sistema de pagamento prospectivo nos serviços de MFR que possibilitem uma análise das suas vantagens e desvantagens. Contudo, sabe-se que, tal como acontecia com os GHD, um sistema de financiamento por diária de internamento dos serviços de reabilitação não incentiva a preocupação com a diminuição da demora média dos doentes, nem com o aumento da eficiência, nem com a equidade na distribuição de recursos financeiros (Webster, 1996), factores que se pretendem com a introdução deste novo sistema de pagamento (White, Pizer e White, 2002). Como já foi referido, paralelamente com estes incentivos “favoráveis”, é necessário evitar os possíveis incentivos indesejáveis. Assim, é importante evitar possíveis discriminações contra a admissão de doentes com baixa funcionalidade ou prognósticos mais reservados, por norma, mais dispendiosos; evitar o possível incentivo de diminuição da qualidade dos serviços prestados como meio de diminuir também os custos do tratamento; de promover uma alta precoce dos doentes mais dispendiosos; ou diminuir o acesso aos serviços de reabilitação. A criação dos grupos de case-mix, deverá permitir a criação de um sistema de pagamento justo, para que os preços praticados para os doentes com mais necessidades de recursos sejam superiores, garantindo às instituições o financiamento necessário para providenciar a estes doentes o tratamento necessário, uma vez admitidos (Webster, 1996; Carter *et al.*, 2003; White, 2003).

Como já foi referido, em Portugal, o sistema de classificação de doentes agudos utilizado é o GDH, na sua versão original norte-americana. Assim, uma vez mais, dos poucos sistemas de classificação de doentes de reabilitação em regime de internamento existentes, a ACSS optou por estudar uma possível adopção do sistema norte-americano CMGs para a

realidade portuguesa. O CMGs foi o eleito muito provavelmente por ser o único sistema de classificação já utilizado para fins de financiamento para todos os doentes de reabilitação *Medicare* nos EUA, desde 2002. É também o sistema que já sofreu mais revisões de “aperfeiçoamento”, o que inclui mais variáveis de decisão na classificação dos doentes, o que possui um ajustamento adequado por co-morbididades, e o que permite a maior previsão dos custos dos doentes em termos percentuais. E apesar da necessidade de pagamento à entidade responsável CMS pelos direitos de autor, muito provavelmente essa despesa será sempre inferior aos gastos de elaboração de um sistema de classificação de raiz, tal como foi constatado no Canadá. Assim, a futura implementação deste sistema pretende actuar como uma componente decisiva no financiamento dos cuidados de reabilitação dos doentes em regime de internamento, pela substituição do actual “pagamento por diária”, por um pagamento ajustado pela complexidade e funcionalidade dos doentes, que permita o estabelecimento de pesos relativos que tenham em consideração estas características.

O processo de implementação de um sistema de classificação de doentes pode ser longo, uma vez que antes da possibilidade de estudo de adopção do mesmo é necessário possuir os dados codificados, e só então partir para um processo de substituição de um sistema de financiamento, por um com base no sistema de classificação de doentes escolhido. Assim, antes da implementação de um sistema de classificação de doentes, CMGs ou outro, é sempre necessário estabelecer determinados aspectos:

- 1) Definir o “episódio de reabilitação”

Os cuidados de reabilitação são prestados em diferentes instituições, com diferentes objectivos. Estes começam muitas vezes no hospital, juntamente com os cuidados agudos, continuam nas instituições especializadas em reabilitação, nos cuidados continuados complexos, de longa duração, e até nos cuidados prestados em domicílio. É fundamental definir quando é que o episódio de reabilitação começa e termina, e consequentemente, quais as instituições que seriam englobadas no sistema de financiamento com base neste sistema de classificação.

Pela análise dos serviços de Medicina Física e de Reabilitação em Portugal, podemos verificar que os doentes com necessidade de cuidados de reabilitação são tratados essencialmente em três realidades distintas, ou seja, nos hospitais de agudos, nos centros especializados de reabilitação, e nas unidades de média duração e reabilitação pertencentes à RNCCI.

Em relação ao início do episódio de reabilitação, para a realidade portuguesa, este deveria ser considerado quando o doente é admitido no hospital de agudos com o “GDH 462-Reabilitação”? Quando o doente é admitido num centro especializado de reabilitação?

Quando o doente é de imediato admitido numa unidade de média duração e reabilitação da RNCCI após uma estadia num hospital de agudos? E termina com a saída do doente dos centros de reabilitação ou continua com uma eventual transferência do doente para as unidades de média duração e reabilitação da RNCCI?

O que se verificou nos diferentes sistemas de classificação, é que nenhum deles classifica as diferentes fases de reabilitação num único episódio, mas sim, classifica como episódio a estadia do doente numa determinada instituição. Assim, quando pretendemos definir o “episódio”, temos que definir primeiro as instituições onde os doentes que pretendemos classificar são internados.

O sistema norte-americano CMGs tem como “limites” de implementação o tipo de instituições onde os doentes são tratados, uma vez que estas têm que ser consideradas como IRF ou *Rehabilitation hospitals* para serem financiadas segundo este sistema de classificação, ao contrário do sistema Australiano o qual pretende classificar os doentes não pelo tipo de instituição onde são tratados, mas pelas suas características clínicas. Em Portugal, provavelmente será seguido o exemplo americano, e apenas algumas instituições serão incluídas no novo sistema de financiamento.

Os dados que a ACSS tem vindo a recolher, dizem respeito a doentes internados em hospitais de agudos com serviço de medicina física e reabilitação, e instituições especializadas de reabilitação, como é o caso do CMRA. Assim, a amostra de doentes que estão a participar na recolha de dados é semelhante à do sistema de classificação CMGs, tendo em conta o tipo de instituição onde os doentes são tratados. Por outro lado, a ACSS não se encontra de momento a recolher dados dos doentes internados nas unidades de média duração e reabilitação da RNCCI, contudo dadas as semelhanças aparentes¹⁰⁰ dos doentes aqui internados e nas unidades especializadas de reabilitação, será “justo” excluir as mesmas do potencial novo sistema de financiamento? O que levanta ainda outra questão, como seriam financiadas as restantes unidades da RNCCI? Para além destas questões, é impossível ignorar as grandes discrepâncias no financiamento destes dois tipos de instituições: as unidades de média duração e reabilitação da RNCCI recebem um valor de diária de internamento de 86,67€, enquanto os centros de reabilitação recebem uma diária de internamento no valor de 408€. Uma análise das diferenças específicas da intensidade do tratamento prestado em cada uma destas instituições deveria ser realizada.

2) Definir o “tipo” de doentes a classificar

Uma primeira análise realizada ao “tipo” de doentes tratados nos centros de reabilitação e nas unidades de média duração e reabilitação, permite-nos apontar algumas semelhanças

¹⁰⁰ Uma comparação do tipo e nível de serviços específicos prestados aos doentes não foi possível de ser realizada

nas suas características, nomeadamente no que diz respeito à patologia principal como razão de internamento – AVC, e à demora média, a qual se situa perto dos 90 dias (com excepção do CMR Sul). Comparações ao nível da funcionalidade dos doentes não são passíveis de serem realizadas devido à falta de recolha de dados realizadas ao nível dos centros de reabilitação, e devido à não uniformização das escalas de avaliação da medição da capacidade funcional utilizadas nos diferentes tipos de serviços. Em relação à idade predominante dos doentes com necessidade de reabilitação, dados do número de episódios de GDH das principais patologias incapacitantes e dados da RNCCI mostram que os doentes são, por norma, doentes idosos, uma vez que a incidência das principais patologias incapacitantes aumenta com a idade.

3) Implementação de um instrumento de recolha de dados

É indispensável a implementação de um instrumento de recolha de dados, que contenha um conjunto mínimo de dados uniformizado com todas as variáveis necessárias para o agrupamento dos doentes, antes da possibilidade de implementação de um sistema de classificação. Ou seja, toda a informação dos doentes tem que ser introduzida numa base de dados à qual de seguida seja possível a aplicação de um “agrupador”.

No conjunto mínimo de dados para Portugal que foi apresentado na tabela 27, recomenda-se que já sejam incluídos na recolha “ítems cognitivos”, uma vez que uma das recomendações que tem vindo a ser apontada aos sistemas de classificação de reabilitação é a inclusão de mais ítems de avaliação cognitivos do doente, para além dos já existentes na escala de MIF, apesar do aumento da capacidade de previsão dos custos dos sistemas de classificação, com a sua inclusão, não estar ainda comprovada. Por um lado, seguindo as recomendações dos responsáveis do desenvolvimento do sistema canadiano, e dos fortes indícios de que estes ítems irão ser incluídos no futuro nos sistemas de classificação, seria vantajoso para Portugal a sua inclusão no instrumento de recolha de dados. Por outro lado, uma vez que em Portugal se prevê a utilização do mesmo agrupador do CMGs, a sua recolha não iria afectar o agrupamento dos doentes a não ser que os mesmos ítems fossem incluídos no instrumento de recolha de dados IRF-PAI, e consequentemente utilizados para fins de agrupamento nos EUA.

Outro aspecto que foi recomendado na apresentação do conjunto mínimo de dados, é que exista uma clara distinção entre as co-morbilidades e complicações que ocorreram antes da admissão do doente para reabilitação, e as que ocorreram durante o episódio, sendo essenciais para o registo da informação na alta. Para além disso, recomenda-se que os códigos de diagnóstico e co-morbilidades sejam classificados segundo a CID-10¹⁰¹, em vez

¹⁰¹ Ver glossário

da CID-9-MC, pela qual estão a ser actualmente classificados, uma vez que num futuro próximo, está prevista a implementação da utilização desta mesma versão da CID. Assim, pela recolha actual, a criação de um possível sistema de classificação em Portugal, terá a desvantagem de num curto espaço de tempo, ter de ser ajustado aos novos códigos da CID-10. O sistema norte-americano CMGs não utiliza ainda a CID-10, contudo também este sistema irá ser brevemente actualizado.¹⁰²

Em relação ao instrumento de recolha de dados da RNCCI, MAB, também designado por Instrumento de Avaliação Integral, é de reconhecer a preocupação que a RNCCI demonstrou com a avaliação dos ganhos em saúde dos seus doentes, pela aplicação deste instrumento. Contudo o MAB apresenta algumas dificuldades metodológicas, uma vez que carece de validação e não permite a realização de comparações internacionais, para além de ser considerado muito extenso, o que pode dificultar o rigor no seu preenchimento (OPSS, 2010).

4) Implementação de uma escala para medição da capacidade funcional

Uma avaliação dos doentes em termos de capacidade funcional é essencial como parte do conjunto mínimo de dados. Assim, é necessária a implementação de uma escala de medição de funcionalidade uniforme para todas as instituições.

Um estudo realizado por Borges *et al.*, (2009), pretendia realizar uma comparação entre diferentes escalas de medição de reabilitação, e identificar se o nível de funcionalidade medido seria o mesmo, independentemente do instrumento utilizado. Assim, as escalas de MIF, Índice de *Barthel* e a CIF foram as estudadas. Verificou-se que existia uma forte correlação entre as três escalas, considerando o resultado total, sendo que classificam de forma similar 60,6% dos doentes. Verificou-se ainda uma maior correlação entre o domínio cognitivo da MIF com o domínio cognitivo da CIF, e entre os domínios motores das duas escalas, quando analisados os resultados das mesmas em separado. Ou seja, de uma forma geral, estas escalas classificam os doentes de forma semelhante (Borges *et al.*, 2009)

Pela análise dos sistemas de classificação existentes, verificámos que a escala eleita para todos (excepto para o RUG) foi a escala de MIF¹⁰³, pela sua fiabilidade, validade, ampla correlação com as necessidades de cuidados e difusão internacional. Sugere-se que também em Portugal a escala de MIF deve ser recolhida de forma sistemática, uma vez que é a utilizada para efeitos de agrupamento no sistema CMGs. No CMRA, a MIF é aplicada a todos os doentes com idade igual ou superior a oito anos, e os resultados são devidamente

¹⁰² Nos EUA, o sistema de classificação GDH irá também ser brevemente actualizado com os códigos da CID-10. Ou seja, a versão dos GDH actualmente em uso em Portugal irá ser descontinuada, obrigando à actualização da CID-9-MC pela CID-10 para a continuação da utilização deste sistema de classificação.

¹⁰³ É importante não esquecer que a escala de MIF tem de ser aplicada nas 72 horas após a admissão, devido ao facto de a capacidade funcional do doente poder alterar logo após o início da reabilitação; e nas últimas 72 horas antes da alta, de modo a permitir que todas as melhorias funcionais do doente sejam correctamente avaliadas (AROC, 2011).

codificados desde 2006 como parte do projecto da ACSS. O CMR Sul tem vindo a realizar estudos internos de avaliação de resultados, utilizando também a MIF para medição da capacidade funcional.

Algumas críticas têm vindo a ser apontadas em relação à escolha desta escala pela maioria dos sistemas de classificação, nomeadamente o facto de a MIF fornecer apenas informação sobre os auto-cuidados, e não fornecer informação directa do número de profissionais necessários para o tratamento do doente, do tempo que é necessário para completar as tarefas e da necessidade de cuidados especializados de enfermagem. Por outro lado, é ainda necessário ter em atenção que “dependência física” não é sinónimo de terapia intensiva, o que significa que nem todos os doentes com uma funcionalidade diminuída, necessitam de cuidados muito intensivos (Turner-Stokes, 2007a; Turner-Stokes, 2007b).

Outra crítica que tem vindo a ser apontada à MIF é o facto de apenas se centrar na medição da função. Desta perspectiva, a CIF poderia ser uma boa solução, uma vez que é um instrumento muito útil que identifica uma série de domínios na avaliação de um indivíduo, tem em conta os objectivos da reabilitação e das “boas práticas”, e a sua especificidade poderia trazer vantagens na classificação dos doentes. Contudo, a CIF não foi encontrada como sendo parte de nenhum dos sistemas de classificação de doentes de reabilitação em regime de internamento desenvolvidos para fins de financiamento: a sua complexidade parece ser uma limitação.

Em relação aos itens cognitivos que devem ser incluídos no instrumento de recolha de dados, quais as escalas que devem ser utilizadas para esta avaliação? No conjunto mínimo de dados proposto para Portugal foram apontadas como hipóteses: adoptar os itens cognitivos escolhidos para o instrumento de recolha de dados do sistema de classificação canadiano – “expressão verbal ou não verbal”, “expressão escrita”, “compreensão auditiva ou não auditiva” e “compreensão de leitura” – os quais não fazem porém parte de uma escala de avaliação cognitiva elaborada e validada. Contudo, é em relação a estes itens que no futuro irão ser elaborados mais estudos para verificar uma possível relação entre os mesmos e os custos. Outra hipótese seria a implementação do MMSE, uma vez que é uma escala de fácil e rápida administração e que avalia as funções cognitivas globais do doente. Outra das razões para suportar esta decisão é que alguns dos itens desta escala fazem parte do MAB (instrumento de recolha de dados da RNCCI), sendo também utilizado (integralmente) para a avaliação dos doentes no CMR Sul, juntamente com a MIF.

Para além disso, estudos de associação realizados entre os itens do Domínio “Psico” do MAB – “estado cognitivo”¹⁰⁴ e “queixas emocionais” – demonstraram que existia uma forte relação entre “queixas emocionais” e “funcionalidade” (quanto maiores as queixas emocionais, maior dependência funcional); e uma forte relação entre “estado cognitivo” e “funcionalidade”, com maior prevalência de dependência em situações de perturbação cognitiva considerável (Rato, Rodrigues e Rando, 2009).

Nos resultados da avaliação da monitorização publicados pelo CMR Sul, podemos verificar que este centro utiliza ainda a escala de *Functional Assessment Measure* (FAM), como instrumento adicional para avaliação cognitiva dos doentes. Embora esta escala tenha sido desenvolvida para a avaliação cognitiva dos doentes com traumatismos crânio-encefálicos, e validada apenas com base nas características específicas destes doentes (Turner-Stokes *et al.*, 1999), no CMR Sul é aplicada a todos os doentes com afecções neurológicas de diferentes origens para além do TCE, tal como AVC, LVM e outros (CMR Sul, s.d.), para avaliação da melhoria da capacidade cognitiva, uma vez que estudos mais recentes verificaram a possibilidade de medição de melhorias cognitivas em amostras de doentes de reabilitação heterogéneas (Wilson, Wheatley-Smith e Downes, 2009). Contudo, estudos anteriores demonstraram que a escala de FIM e o conjunto das escalas FIM+FAM possuem propriedades de medição semelhantes (aceitabilidade, confiança, validade, e capacidade de resposta), quando utilizadas para medição de incapacidade em doentes com necessidade de reabilitação neurológica. Ou seja, o facto de se possuir mais itens e mais informação qualitativa de um resultado, não quer dizer necessariamente que melhorem a sua medição (Hobart *et al.*, 2001).

Para além da MIF, qualquer que seja a escala cognitiva ou itens cognitivos adicionados no futuro ao instrumento de recolha de dados, é sempre necessário ter em atenção que todos os itens cognitivos são mais abstractos logo mais difíceis de avaliar, podendo a sua confiança não ser tão exacta. De modo a combater esta dificuldade, é indispensável que os itens sejam específicos naquilo que se pretende medir, a descrição do item seja completa e precisa e a tarefa a realizar pelo doente seja igualmente específica e relevante. Para além disso, uma formação dos profissionais de saúde é essencial para o aumento do reconhecimento das observações efectuadas.

5) Definição dos custos

Quando o objectivo é aplicar o sistema de classificação de doentes como meio de financiamento das instituições, os diferentes pesos relativos, e custos relativos de cada uma das classes finais do sistema têm que ser definidas.

¹⁰⁴ De relembrar que o Estado Cognitivo é medido por dois itens: “orientação do tempo” e “orientação no espaço” que pertencem ao MMSE

Numa possível adopção do sistema de classificação CMGs, os diferentes pesos relativos definidos para cada nível de co-morbilidade poderiam ser directamente adoptados, uma vez que reflectem, em proporção, o nível de complexidade de cada uma das condições de incapacidade. Contudo, é necessário realizar determinadas análises antes da adopção dos pesos relativos doutro país, nomeadamente no que diz respeito às demoras médias de cada classe final do sistema de classificação. No caso do sistema norte-americano CMGs, podemos verificar que as demoras médias são muito distintas (muito inferiores) às verificadas em Portugal nos centros especializados de reabilitação.

Após a definição dos pesos relativos, é ainda necessário determinar o preço para cada classe final do sistema de classificação. Neste caso, é fundamental estabelecer regras locais, e definir quais serão os ponderadores que devem estar presentes no cálculo desta fórmula. Provavelmente alguns dos ajustamentos utilizados nos EUA não teriam sentido em Portugal, devido às diferenças nas políticas de saúde dos dois países.

O estabelecimento de preços é uma tarefa muito complexa para a qual poderão ser necessários vários anos de estudo para a implementação final do novo sistema de pagamento que se pretende. Ou seja, o período de transição para a implementação de um sistema de pagamento para outro deve ser gradual, de modo a que se torne compreensível que ponderadores incluir no estabelecimento de preços, para que o orçamento seja distribuído de forma “justa”.

Assim, tanto a diferença nas demoras médias, como na determinação dos pesos relativos e preços, podem ser considerados como “dificuldades” na adopção de um sistema de classificação já existente noutro país.

6) Formação e consciencialização dos profissionais

Os profissionais responsáveis pela codificação de dados normalmente possuem uma formação prévia. Na Austrália por exemplo, é obrigatório um treino a nível nacional, dos profissionais de saúde para o uso da escala de MIF, presente no instrumento de recolha de dados. Assim, todos os profissionais que aplicam esta escala são treinados para tal, e necessitam de realizar um exame de certificação (emitido pelo AROC), de dois em dois anos. No Canadá, todos os profissionais envolvidos na avaliação e codificação dos elementos funcionais (diagnósticos, co-morbilidades, procedimentos, escalas funcionais...) têm que possuir uma formação pelo CIHI.

Em Portugal, os médicos codificadores possuem igualmente uma formação prévia, mas não existe formação dos profissionais da escala de MIF. Uma vez que é um elemento essencial no agrupamento dos doentes, uma possível formação para utilização desta escala deveria ser ponderada.

Por outro lado, é ainda necessário consciencializar os profissionais da importância e benefícios da implementação de um sistema de classificação de doentes e financiamento, de modo a que exista uma adesão da parte dos mesmos na elaboração correcta dos registos, e preenchimento dos instrumentos de recolha de dados. Como se pôde verificar pela primeira experiência realizada, em Portugal, muitas foram as instituições que deixaram de codificar os dados, atrasando a execução do projecto que irá implementar o sistema de classificação. A falta de recursos financeiros poderá ser apontada como uma das razões para este abandono, pelo que a equidade no financiamento, e possível diminuição da demora média deverão ser apontadas como incentivos.

5. CONCLUSÃO

A implementação de mudanças nos serviços de saúde é sempre uma questão complexa, que necessita de ser acompanhada por decisões políticas, e de distribuição da despesa pública. Apesar do escasso crescimento económico a nível mundial, e dos sucessivos mecanismos de contenção e de alocação de recursos em todos os sectores públicos, a reconhecida necessidade de mudança do financiamento dos cuidados de reabilitação tem tomado proporções cada vez mais significativas em muitos países.

Esta necessidade, levantou questões associadas quanto à implementação de instrumentos de medição de resultados em Reabilitação, procurando responder ao que deve ser medido, e como deve ser medido. Apesar do consenso internacional de que o diagnóstico por si só não é suficiente para a explicação do consumo de recursos dos doentes de reabilitação, e que a capacidade funcional é um elemento fundamental que deve estar presente quando se estima o custo expectável de cada doente, não existe porém um consenso internacional das escalas a utilizar, e que factores ponderar. Embora os sistemas de classificação de doentes de reabilitação analisados, o CMGs, AN-SNAP e RPGs possuam semelhanças na escolha da escala de medição de funcionalidade: MIF, e nas variáveis utilizadas para o agrupamento dos doentes, outros sistemas mais recentes, como o desenvolvimento da *Rehabilitation Complexity Scale* no Reino Unido, tem vindo a criticar o uso desta escala, e aponta outros factores necessários a ter em conta no cálculo dos custos dos doentes de reabilitação.

Ainda assim, o sistema de classificação norte-americano CMGs não deixa de ser o sistema de classificação mais desenvolvido a nível mundial, exclusivo para os doentes de reabilitação em regime de internamento, e fonte de inspiração para o desenvolvimento de sistemas semelhantes, adaptados à realidade de cada país, como é o caso do sistema desenvolvido no Canadá.

Em Portugal, o número de instituições de saúde dedicadas à prestação dos cuidados de reabilitação tem vindo a aumentar, com a expansão da RNCCI, e com a futura construção de um novo centro de reabilitação na região norte. E apesar desta capacidade de resposta de crescimento, as instituições existentes ainda não conseguem responder adequadamente às necessidades de toda a população portuguesa. Actualmente, está a ser estudado o desenvolvimento de um sistema de classificação para os doentes de reabilitação, de acordo com a sua complexidade, onde a medição da dependência funcional tem um papel fundamental. A ACSS está a estudar os serviços de reabilitação de internamento, as características dos doentes e o melhor modo de financiar estas instituições, procurando substituir o actual pagamento por diária de internamento. Com a implementação de um sistema de classificação de doentes de reabilitação pretende-se compreender melhor as

necessidades de cuidados de reabilitação, e permitir que os recursos financeiros sejam distribuídos de acordo com essas necessidades, de forma mais equitativa, esperando-se igualmente melhorar a qualidade na prestação dos cuidados de reabilitação.

O desafio para a implementação do sistema de classificação pretendido pela ACSS, o sistema norte-americano CMGs, será definir os limites de aplicação do mesmo, ou seja, decidir que instituições passarão a recolher dados de forma periódica, que dados específicos deverão ser recolhidos, estabelecer pesos relativos para cada classe de doentes previamente definidas e fundamentalmente, consciencializar os profissionais de saúde para a importância da introdução de um sistema de classificação de case-mix para estes doentes, obtendo a sua colaboração e possibilitando o desenvolvimento de uma base de dados nacional, à semelhança da que existe para os cuidados de saúde agudos. Assim, cria-se a possibilidade de que a informação seja partilhada entre prestadores e financiadores, e que nela sejam baseadas futuras análises de efectividade. E ainda que o processo de estabelecimento de um sistema de classificação de doentes para fins de financiamento possa ser demorado, o facto de actualmente se dispor de muito pouca informação dos doentes de reabilitação, a recolha de informação das características dos doentes de reabilitação por si só é essencial de modo a que o sistema de classificação possa ser utilizado com outros objectivos, que não apenas o financiamento de instituições.

A falta de recursos financeiros é sempre uma limitação em todos os projectos que se pretende efectuar na área da saúde, contudo, seguindo a tendência mundial de mudança global do sistema de financiamento retrospectivo para um sistema de pagamento com base na produção, e os benefícios demonstrados com a implementação dos GDH, prevê-se que o investimento inicial traga muitos outros benefícios no futuro, em relação ao aumento da eficiência dos recursos atribuídos à Reabilitação, e que a continuidade da aplicação de um sistema de financiamento por diária continue a incentivar uma distribuição de recursos desadequada.

Com a realização deste trabalho pretende-se dar a conhecer a história de desenvolvimento dos vários sistemas de classificação para doentes de reabilitação em regime de internamento existentes, as suas principais características e factores essenciais para a sua aplicação, como a implementação de um instrumento de recolha de dados e uma escala de medição de funcionalidade; pretende-se igualmente caracterizar, com base nos dados disponíveis, as características da população com necessidade de cuidados de reabilitação em Portugal e as instituições prestadoras dos mesmos. Espera-se ainda que este trabalho seja um pequeno contributo para se dar a conhecer a desadequação do financiamento das instituições de Reabilitação e a necessidade de implementação de um sistema de financiamento mais eficiente e eficaz dos doentes aqui internados.

GLOSSÁRIO

Case-mix – O conceito de Case-mix foi identificado por *Hornbrook* como uma das dimensões fundamentais de medição do *output* hospitalar (Wiley, 2005). Em 1982, foi incluído o ajustamento por GDH no conceito de case-mix, por ser uma medida válida e fiável indicada para a medição do case-mix hospitalar (Averill, *et al.*, 1999; Chilingirian, 2008). De uma perspectiva clínica, um doente com um case-mix mais complexo é aquele que apresenta uma maior severidade da doença, uma maior dificuldade de tratamento, tem um prognóstico mais reservado e uma maior necessidade de intervenção. Do ponto de vista dos GDH (ou administrativo), um case-mix mais complexo refere-se a doentes que requerem maiores quantidades de recursos, resultando em custos mais elevados de prestação de cuidados. Ou seja, um hospital com um índice de case-mix mais elevado (ou complexo) significa que trata doentes com custos mais elevados, necessitando assim de mais financiamento. Contudo, pode não querer dizer necessariamente que trata doentes com um case-mix elevado do ponto de vista clínico (Averill, *et al.*, 1999).

“Os GDH permitem o cálculo do índice de case mix de um hospital pois é possível determinar o número de doentes saídos de cada GDH e a sua preponderância no total dos doentes saídos” (Mateus, 2010). Assim, num sistema de classificação como o GDH, a correcta identificação do case-mix tem uma elevada importância (Chilingirian, 2008) e um papel fundamental na determinação dos custos (Averill *et al.*, 1999). Pequenas alterações na codificação dos diagnósticos e outras informações podem influenciar o case-mix do hospital e ter consequências muito significativas no financiamento. Cada aumento de 1% no case-mix pode significar um aumento de 400 milhões de dólares nas receitas dos hospitais e despesas para o *Medicare*. Daqui surge a preocupação com o potencial comportamento não ético de sobre-codificação para elevação do case-mix, e consequentemente, pagamentos mais elevados (Chilingirian, 2008).

Em Portugal, o índice de case-mix de um hospital é obtido através “do cálculo do rácio entre o número de doentes equivalentes saídos ponderados pelos pesos relativos dos respectivos GDH e o número total de doentes equivalentes saídos” (Santana, 2005; ACSS).

International Classification of Diseases (ICD) – Em Português, Classificação Internacional das Doenças (CID), começou por ser desenvolvida no início do século XIX, e pretendia classificar e agrupar as doenças de uma forma sistemática. Foi desenvolvida através da tradução das causas de morte dos doentes em códigos, segundo determinados critérios de agrupamento. Actualmente pode ser definida como “um conjunto de códigos de diagnósticos e de procedimentos utilizados para classificação e codificação da informação de morbilidade e mortalidade para fins estatísticos e para indexação dos registos hospitalares por doença e

intervenções cirúrgicas, para armazenamento e pesquisa” (Portal da codificação clínica e dos GDH, 2011d). A Organização Mundial da Saúde (OMS) é responsável pela coordenação, interpretação, revisão periódica e publicação deste sistema de classificação. A sua elevada aplicação em diversos países permite a realização de comparações internacionais. Para além disso, muitos sistemas de classificação desenvolvidos posteriormente, como é o caso dos GDH, tiveram por base, na sua elaboração, a CID (WHO, 2011)

CID-9-MC – A Classificação Internacional das Doenças, 9ª Revisão, Modificação Clínica é actualmente a versão da CID utilizada em Portugal, e em muitos outros países. É baseada na CID-9ª revisão, tendo sido modificada para fins clínicos (France, 2001), e possui adicionalmente detalhes acerca da morbilidade dos doentes, através da codificação de diagnósticos e procedimentos. Para além da OMS, também o CMS foi o responsável pelas modificações desta versão (Portal da codificação clínica e dos GDH, 2011d).

CID-10 – A CID-10 é a 10ª revisão da Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas relacionados com a Saúde, sendo desenvolvida pela OMS em 1993, na sequência das revisões periódicas realizadas à CID. Apesar de já existir há muitos anos, ainda não tem uma utilização generalizada global. Por exemplo, nos EUA e em Portugal a CID-9-MC é ainda a utilizada. Contudo, países como o Canadá e Austrália, já adoptaram e modificaram a CID-10 nas suas versões CID-10-CA (*Canadian Enhancement*) e CID-10-AU (*Australian Modification*) (Portal da codificação clínica e dos GDH, 2011e).

Peso Relativo – A cada GDH está associado um coeficiente de ponderação, que é “uma medida que reflecte os recursos empregues esperados com o tratamento de um doente típico desse GDH, expresso em termos relativos face à intensidade dos recursos utilizados pelo doente médio” (Santana, 2005). O GDH de um “doente médio” tem um peso relativo de 1.0, sendo que todos os outros pesos relativos dos restantes GDH são calculados a partir deste, multiplicando-se o seu peso por 1.0. Assim, é possível estabelecer, em proporção, o seu preço, reflectindo o consumo de recursos relativamente a esse GDH de referência (Chilingerian, 2008) Um GDH que tenha um peso relativo de 2, significa que esse doente custa e consome duas vezes mais recursos do que o doente com GDH de peso relativo de 1.0, ou doente médio (Santana, 2005). Ou seja, quanto maior o peso relativo de um GDH, mais significativo é o consumo de recursos desse mesmo GDH. Em Portugal, estes “pesos relativos” são valores fixos a nível nacional, ou seja, iguais para todos os hospitais e reflectem os custos médios praticados pelos hospitais do SNS, (Mateus, 2010) e os padrões de prática comum para o tratamento da maioria dos doentes. Estes valores são úteis para fins comparativos, realização de pagamentos e elaboração de orçamentos (Santana, 2005).

Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF)

(International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) – A CIF foi desenvolvida em 2001 pela OMS, pela revisão da Classificação Internacional de Deficiências, Incapacidades e Desvantagens (CIDID), elaborada em 1976. A CIF pertence à família das classificações internacionais desenvolvidas por esta organização para aplicação em vários aspectos de saúde. É considerada como uma classificação complementar da CID-10, em termos de informação adicional sobre a funcionalidade de um indivíduo com determinado diagnóstico (OMS, 2004; Farias e Buchalla, 2005). Esta classificação é baseada numa abordagem biopsicossocial, uma vez que incorpora vários componentes de saúde para além dos pessoais, como os sociais e ambientais. Pretende captar a capacidade funcional, centrar-se em aspectos positivos, e considera as actividades e participação que um indivíduo com determinadas alterações de função ou de estruturas do corpo consegue desempenhar, bem como a sua participação social e a sua interacção com o contexto que o rodeia em termos de factores ambientais. (OMS, 2004; Farias e Buchalla, 2005; Nielsen e Meillier, 2010). O seu principal objectivo é fornecer uma linguagem comum e padronizada, permitindo a realizações de comparações internacionais, e pretende ainda ser, para além de um sistema de classificação, uma fonte para a definição de políticas e inclusão social (OMS, 2004; Farias e Buchalla, 2005). Contudo, a sua complexidade, certo grau de dificuldade de utilização e diferentes possibilidades de aplicação, deram origem à necessidade de criação de “classificações” que resumem determinados aspectos da CIF. Uma dessas alterações foi feita pela própria OMS em que sumariza as 152 categorias mais relevantes da CIF. Outro estudo, coordenado pela Universidade de Munique, pretende agora validar os 12 *Core Sets*¹⁰⁵ estabelecidos. Assim, não existem ainda muitos estudos sobre a avaliação do seu impacto (Farias e Buchalla, 2005).

¹⁰⁵ Os *Core Sets* são conjuntos de categorias, criados para determinadas patologias crónicas consideradas como as mais relevantes.

BIBLIOGRAFIA

ADMINISTRAÇÃO CENTRAL DO SISTEMA DE SAÚDE (ACSS) – Acordo modificativo entre Administração Regional de Saúde do Centro, I.P., Administração Central do Sistema de Saúde, I.P., e Centro de Medicina de Reabilitação da Região Centro Rovisco Pais. [Em linha]. (Fevereiro 2009), 15p. [Consult. 06 Mar. 2011]. Disponível em WWW:<<http://www.acss.min-saude.pt/Portals/0/CMRRCRoviscoPais.pdf>>.

ADMINISTRAÇÃO CENTRAL DO SISTEMA DE SAÚDE (ACSS) – Sistema de classificação de doentes. [Em linha]. (2011a), [Consult. 5 Abr. 2011]. Disponível em WWW:<<http://www.acss.min-saude.pt/ÁreaseUnidades/FinanciamentoeContratualização/SClassificaçãoDoentes/tabid/286/language/pt-PT/Default.aspx>>.

ADMINISTRAÇÃO CENTRAL DO SISTEMA DE SAÚDE – Grupos de Diagnóstico Homogéneo. [Em linha]. (2011b), [Consult. 5 Abr. 2011]. Disponível em WWW:<<http://www.acss.min-saude.pt/DirecçõesUnidades/FinanciamentoeContratualização/SClassificaçãoDoentes/GruposdeDiagnósticosHomogéneos/tabid/460/language/pt-PT/Default.aspx>>.

ADMINISTRAÇÃO CENTRAL DO SISTEMA DE SAÚDE – Classificação de doentes de Medicina Física e de Reabilitação. [Em linha]. (2011c), [Consult. 5 Abr. 2011]. Disponível em WWW:<<http://www.acss.min-saude.pt/DirecçõesUnidades/FinanciamentoeContratualização/SClassificaçãoDoentes/ClassesDoentesMedicinaFísicaeReabilitação/tabid/461/language/pt-PT/Default.aspx>>.

ADMINISTRAÇÃO REGIONAL DE SAÚDE DO NORTE (ARS Norte) – Centro de Reabilitação do Norte. [Em linha]. (2006), 6p. [Consult. 8 Abr. 2011]. Disponível em WWW:<<http://portal.arsnorte.min-saude.pt/portal/page/portal/ARSNorte/Conte%C3%BAdos/GRP/Lan%C3%A7amento%20Novas%20Unidades/Novas%20Unidades%20Hospitalares/Ficheiros/Centro%20de%20Reabilita%C3%A7%C3%A3o%20do%20Norte.pdf>>.

AMERICAN SPINAL INJURY ASSOCIATION. Standard neurological classification of spinal cord injury. [Em linha]. (2011), [Consult. 9 Mar. 2011]. Disponível em WWW:<<http://www.asia-spinalinjury.org/publications/store.php>>.

AUSTRALASIAN REHABILITATION OUTCOMES CENTRE (AROC) – Version 3 Inpatient clinical data set (effective July 2007): For electronic transfer of data to AROC in a fixed ASCII format. [Em linha]. (2007a), 12p. [Consult. 28 Fev. 2011]. Disponível em WWW:<<http://ahsri.uow.edu.au/content/groups/public/@web/@chsd/@aroc/documents/doc/uow094489.pdf>>.

AUSTRALASIAN REHABILITATION OUTCOMES CENTRE (AROC) – AROC Impairment codes guidelines. [Em linha]. (March 2007b), 12p. [Consult. 28 Fev. 2011]. Disponível em WWW:<<http://ahsri.uow.edu.au/content/groups/public/@web/@chsd/@aroc/documents/doc/uow094497.pdf>>.

AUSTRALASIAN REHABILITATION OUTCOMES CENTRE (AROC) University of Wollongong – AROC Inpatient Clinical Data Set. [Em linha]. (2011), [Consult. 26 Jan. 2011]. Disponível em WWW:<<http://ahsri.uow.edu.au/aroc/dataset/index.html#download>>.

AVERILL, R. F. – All patient refined diagnosis related groups (APR-DRGs) version 20.0: Methodology Overview. 3M Health Information Systems. [Em linha]. (2003), 91p. [Consult. 16 Nov. 2010]. Disponível em WWW:<<http://www.hcup-us.ahrq.gov/db/nation/nis/APR-DRGsV20MethodologyOverviewandBibliography.pdf>>.

AVERILL, R. F. *et al* – Diagnosis Related Groups: Definitions Manual, version 16.0. **3M Health Information Systems**, 1999.

BUSSE, R.; SCHREYOGG, J.; SMITH, P. C. – Editorial: Hospital case payment systems in Europe. **Health Care Management Science**. 9 (May 2006) 211-213

CANADIAN INSTITUTE FOR HEALTH INFORMATION (CIHI) – The Canadian Enhancement of ICD-10 (International statistical classification of diseases and related health problems, tenth revision): Final report. [Em linha]. (June 2001), 136p. [Consult. 07 Mar. 2011]. Disponível em WWW:<http://secure.cihi.ca/cihiweb/en/downloads/codingclass_icd10enhancement_e.pdf>.

CANADIAN INSTITUTE FOR HEALTH INFORMATION (CIHI) – National rehabilitation reporting system: Privacy impact assessment. [Em linha]. (July 2009), 23p. [Consult. 26 Fev. 2011]. Disponível em WWW:<http://www.cihi.ca/CIHI-ext-portal/pdf/internet/NRS_PIA_EN>.

CANADIAN INSTITUTE FOR HEALTH INFORMATION (CIHI) – Rehabilitation minimum data set manual, Module 1: Technical specifications and data submissions 2011-2012. [Em linha]. (2011a), 363p. [Consult. 26 Fev. 2011]. Disponível em WWW:<<https://secure.cihi.ca/estore/productSeries.htm?pc=PCC79>>.

CANADIAN INSTITUTE FOR HEALTH INFORMATION (CIHI) – Rehabilitation minimum data set manual, Module 2: Clinical coding and NRS training 2011-2012. [Em linha]. (2011b), 285p. [Consult. 26 Fev. 2011]. Disponível em WWW:<<https://secure.cihi.ca/estore/productSeries.htm?pc=PCC79>>.

CANADIAN INSTITUTE FOR HEALTH INFORMATION (CIHI) – RPG Grouping methodology and weights, 2011-2012 NRS version: SAS code. [Em linha]. (March 2011c), 59p. [Consult. 26 Fev. 2011]. Disponível em WWW:<<https://secure.cihi.ca/estore/productSeries.htm?pc=PCC450>>.

CANADIAN INSTITUTE FOR HEALTH INFORMATION (CIHI) – RPG Grouping methodology and weights, 2011-2012 NRS version: Flowcharts. [Em linha]. (March 2011d), 48p. [Consult. 26 Fev. 2011]. Disponível em WWW:<<https://secure.cihi.ca/estore/productSeries.htm?pc=PCC450>>.

CARTER, G. M. *et al.* – Measuring function for Medicare inpatient rehabilitation payment. **Health Care Financing Review**. 24 : 3 (Spring 2003) 25-44

CENTERS FOR MEDICARE AND MEDICAID SERVICES (CMS) – Long-term care facility resident assessment instrument user's manual: Version 2.0. [Em linha]. (December 2002), [Consult. 3 Fev. 2011]. Disponível em WWW:<http://www.hpm.umn.edu/nhregsplus/CMS_RAI_manual/cms_rai_manual.pdf>.

CENTERS FOR MEDICARE AND MEDICAID SERVICES (CMS) – The inpatient rehabilitation facility – patient assessment instrument (IRF-PAI): Training manual effective 04/01/04. [Em linha]. (2004), 244p. [Consult. 4 Jan. 2011]. Disponível em WWW:<http://www.cms.gov/InpatientRehabFacPPS/04_IRFPAI.asp#TopOfPage>.

CENTERS FOR MEDICARE AND MEDICAID SERVICES (CMS) – Federal Register. Medicare Program: Inpatient rehabilitation facility prospective payment system for federal fiscal year 2010 Final rule. [Em linha]. 74 : 151 (August 2009a), 39762-39838. [Consult. 4 Jan. 2011]. Disponível em WWW:<<http://edocket.access.gpo.gov/2009/pdf/E9-18616.pdf>>.

CENTERS FOR MEDICARE AND MEDICAID SERVICES (CMS) – Federal Register. Medicare Program; Prospective payment system and consolidated billing for skilled nursing facilities for FY 2010; Minimum data set version 3.0 for skilled nursing facilities and Medicaid nursing facilities: Final Rule. [Em linha]. 74 : 153 (August 2009b), 40288-40395. [Consult. 08 Fev. 2011]. Disponível em WWW:<<http://edocket.access.gpo.gov/2009/pdf/E9-18662.pdf>>.

CENTERS FOR MEDICARE AND MEDICAID SERVICES (CMS) – Appendix C, list of comorbidities: effective for discharges occurring on or after October 1, 2010. [Em linha]. (August 2010a), 25p. [Consult. 12 Jan. 2011]. Disponível em WWW:<http://www.cms.gov/inpatientrehabfacpps/07_datafiles.asp?>>.

CENTERS FOR MEDICARE AND MEDICAID SERVICES (CMS) - Federal Register. Medicare Program: Prospective payment system and consolidated billing for skilled nursing facilities for FY 2011 Notice. [Em linha]. 75 : 140 (July 2010b), 42886-42942. [Consult. 3 Feb. 2011]. Disponível em WWW:< <http://edocket.access.gpo.gov/2010/pdf/2010-17628.pdf>>.

CENTRO DE MEDICINA E REABILITAÇÃO DO SUL São Brás de Alportel (CMR Sul) – Sistema integrado de avaliação de desempenho CMR Sul 2008: Escalas funcionais e destinos de alta. [Em linha]. (sem data), 2p. [Consult. 19 Mai. 2011]. Disponível em WWW:<<http://cmrsul.gpsaude.pt/gpscmmr>>.

BORGES, C. M. *et al.* – The construction of a complexity classification system for inpatient rehabilitation facilities: comparing functional outcome measures in stroke for financing proposes. **Patient classification systems international** – 25th PCSI Conference Fukuoka, Japan: CaseMix: A common language for health sector innovation. November 11-14 (2009).

BRIZIOLI, E. *et al.* – Nursing home case-mix instruments: Validation of the RUG-III system in Italy. **Aging Clinical and Experimental Research**. 15 : 3 (June 2003) 243-253

CHILINGERIAN, J. – Origins of DRG in the United States: A technical, political and cultural story. In KIMBERLY, J. R., POUVOURVILLE, G., D'AUNNO, T. – **The globalization of managerial innovation in health care**. New York: Cambridge University Press 2008 p. 4-33

CHOU, K. L., CHI, I., LEUNG, J. C. – Applying resource utilization groups (RUG-III) in Hong Kong nursing homes. **Canadian Journal on Aging**. 27 : 3 (2008) 233-239

CHUTE, C. G. – Nomenclatures, classifications and case mix: From patient description to abstraction (1-7). In FRANCE, F. H. R. *et al* – **Case Mix global views, local actions: Evolution in twenty countries**. Volume 86. Netherlands. IOS Press 2001.

COSTA, C.; LOPES, S. L.; SANTANA, R. – Diagnosis related groups e Disease staging: importância para a administração hospitalar. **Revista Portuguesa de Saúde Pública**. 7 (2008) 7-28

COTS, F. *et al.* – DRGs in Spain: The Catalan experience. **The Health Policy Bulletin of the European Observatory on Health Systems and Policies**. 11 : 4 (Winter 2009) 8-12

Decreto-Lei n.º 309/2003. Diário da República 1ª série - A N.º 284 de 10 de Dezembro

DIRECÇÃO GERAL DA SAÚDE (DGS) – Plano Nacional de Saúde 2004-2010: Mais saúde para todos. [Em linha]. (2004), Vol. I - Prioridades, 88p. Vol. II - Orientações estratégicas, 216p. [Consult. 16 Jan. 2011]. Disponível em WWW:<<http://www.dgsaude.min-saude.pt/pns/capa.html>>.

DIRECÇÃO GERAL DA SAÚDE (DGS) – Rede de Referenciação Hospitalar de Medicina Física e de Reabilitação. [Em linha]. (2003), 68p. [Consult. 4 Mar. 2011]. Disponível em WWW:<<http://www.dgs.pt/upload/membro.id/ficheiros/i006180.pdf>>.

DONAGHY, S.; WASS, P. J. – Interrater reliability of the functional assessment measure in a brain injury rehabilitation program. **Archives of Physical Medicine and Rehabilitation**. 79 (October 1998) 1231-1236

DUARTE, Y. A.; ANDRADE, C. L.; LEBRÃO, M. L. – O índice de Katz na avaliação da funcionalidade dos idosos. **Revista da Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo**. 41 : 2 (2007) 317-325

EAGAR, K. – The Australian national sub-acute and non-acute patient casemix classification. **Australian Health Review**. 22 : 3 (1999) 180-196

EAGAR, K. *et al.* – The Australian national sub-acute and non-acute patient classification (AN-SNAP): Report of the national sub-acute and non-acute casemix classification study. **Centre for Health Service Development, University of Wollongong**. [Em linha]. (1997), p.269 [Consult. 09 Jan. 2011]. Disponível em WWW:<<http://ro.uow.edu.au/cgi/viewcontent.cgi?article=1006&context=chsd>>.

ENTIDADE REGULADORA DA SAÚDE (ERS) – Caracterização do acesso dos utentes a serviços de Medicina Física e de Reabilitação. [Em linha]. (Abril 2008), 55p. [Consult. 10 Mar. 2011]. Disponível em WWW:<<http://www.ers.pt/actividades/pareceres-e-recomendacoes/MFR-Relatoriofinal.pdf>>.

FARIAS, N., BUCHALLA, C. M. – A classificação internacional de funcionalidade, incapacidade e saúde da Organização Mundial da Saúde: Conceitos, usos e perspectivas. **Revista Brasileira de Epidemiologia**. 8 : 2 (2005) 187-193

FELDMAN, A. B.; HALEY, S. M.; CORYELL, J. – Concurrent and construct validity of the pediatric evaluation of disability inventory. **Physical Therapy**. 70 : 10 (October, 1990) 602-610

FRANCE, F. H. R. *et al* – **Case Mix global views, local actions: Evolution in twenty countries**. Volume 86. Netherlands. IOS Press 2001.

FRIES, B. E. *et al* – Refining a case-mix measure for nursing homes: Resource utilization groups (RUG-III). **Medical Care**. 32 : 7 (July 1994) 665-685

GAGNON, D., NADEAU, S., TAM, V. – Clinical and administrative outcomes during publicly-funded inpatient stroke rehabilitation based on a case-mix group classification model. **Journal of Rehabilitation Medicine**. 37 (2005) 45-52

GONÇALVES, S. – Cuidados continuados integrados. *In* SIMÕES, J. – **30 anos do Serviço nacional de saúde: Um percurso comentado**. Coimbra: Almedina 2010. p. 561-599

GREEN, J.; GORDON, R. – The development of version 2 of the AN-SNAP casemix classification system. **Australian Health Review**. 31 : 1 (April 2007) 68-78

GRIMALDI, P. L. – Inpatient rehabilitation facilities are now paid prospective rates. **Journal of Health Care Finance**. 28 : 3 (2002) 32-48

HOBART, J. C. *et al*. – Evidence-based measurement: Which disability scale for neurologic rehabilitation? **Neurology**. 57 : 4 (August 2001) 639-644

KEANE CARE – Classification criteria for the 53-RUG-III system. [Em linha]. (March 2006), 3p. [Consult. 06 Jan. 2011]. Disponível em WWW:<<http://www.keanecare.com/resources/files/RUG-53-classification.pdf>>.

KEANE CARE – RUG-IV: Revised system for SNF Medicare part A payment. [Em linha]. (June 2010), 5p. [Consult. 06 Jan. 2011]. Disponível em WWW:<<http://www.keanecare.com/resources/files/RUG-IV.pdf>>.

KRAMER, A. *et al* – Uniform patient assessment for post-acute care: Final report. **Division of health care policy and research**. [Em linha]. (January 2006), 141p. [Consult. 5 Jan. 2011]. Disponível em WWW:<<http://www.cms.gov/QualityInitiativesGenInfo/downloads/QualityPACFullReport.pdf>>.

LEE, L. A.; EAGAR, K. M.; SMITH, M. C. – Subacute and non-acute casemix in Australia. **The Medical Journal of Australia**. 169 (1998) 22-25

LOWTHIAN, P. *et al*. – The Australian national sub-acute and non-acute patient casemix classification (AN-SNAP): its application and value in a stroke rehabilitation programme. **Clinical Rehabilitation**. 14 (2000) 532-537

MAHONEY, F. I.; BARTHEL, D. W. – Functional evaluation: The Barthel index. **Maryland State Medical Journal**. 14 (1965) 56-61

MATEUS, C. – Sistemas de classificação de doentes como instrumento de gestão. *In* SIMÕES, J. – **30 anos do Serviço nacional de saúde: Um percurso comentado**. Coimbra: Almedina 2010. p. 391-408

MCGUIRE, T. E. – DRG evolution. *In* CASAS, M., WILEY, M. M. – **Diagnosis related groups in Europe: Uses and perspectives**. Berlin. Springer Verlag 1993. p. 30-45

MEDICARE PAYMENT ADVISORY COMMISSION (MedPAC) – Skilled nursing facility services payment system. [Em linha]. (October 2010), 4p. [Consult. 17 Jan. 2011]. Disponível em WWW:<http://www.medpac.gov/documents/MedPAC_Payment_Basics_10_SNF.pdf>.

MEDICARE PAYMENT ADVISORY COMMISSION (MedPAC) – Rehabilitation facilities (inpatient) payment system. [Em linha]. (October, 2009), 4p. [Consult. 17 Jan. 2011]. Disponível em WWW:<http://www.medpac.gov/documents/MedPAC_Payment_Basics_09_IRF.pdf>.

MINISTÉRIO DA SAÚDE Centro de Medicina de Reabilitação da Região Centro Rovisco Pais (CMRRC). [Em linha]. (2011), [Consult. 17 Mai. 2011]. Disponível em WWW:<www.roviscopais.min-saude.pt/>.

MSALL, M. E. *et al.* – WeeFIM: Normative sample of an instrument for tracking functional independence in Children. **Clinical Pediatrics**. 33 (July 1994) 431-438

NEW SOUTH WALES (NSW) Department of Health – Cost of care standards 2006/07 - NSW. [Em linha]. (November 2007), 122p. [Consult. 18 Fev. 2011]. Disponível em WWW:<http://whitetail.dmz.health.nsw.gov.au/policies/gl/2007/GL2007_021.html>.

NEW SOUTH WALES (NSW) Department of Health – Episode funding policy 2008/2009 - NSW. [Em linha]. (November 2008), 27p. [Consult. 18 Fev. 2011]. Disponível em WWW:<http://www.health.nsw.gov.au/policies/pd/2008/pdf/PD2008_063.pdf>.

NIELSEN, C. V., MEILLIER, L. K. – We need more focus on social inequality in rehabilitation. **Scandinavian Journal of Public Health**. 38 (2010) 785-787

NRH CENTER FOR POST-ACUTE STUDIES – Bundling payment for post-acute care: building blocks and policy options. [Em linha]. (2009), 66p. [Consult. 16 Jan. 2011]. Disponível em WWW:<<http://www.post-acute.org/bundling/Bundling%20Report%20V15.pdf>>.

OBSERVATÓRIO PORTUGUÊS DOS SISTEMAS DE SAÚDE (OPSS) – Relatório de Primavera 2010: Desafios em tempos de crise. [Em linha]. (2010), 159p. [Consult. 2 Jun. 2011]. Disponível em WWW:<<http://www.observaport.org/rp2010>>.

ONTARIO JOINT POLICY AND PLANNING COMMITTEE (JPPC) – Evaluation and selection of a grouper and weighting methodology for adult inpatient rehabilitation care: Draft summary report from the JPPC rehabilitation technical working group. [Em linha]. (October 2006a), 25p. [Consult. 8 Fev. 2011]. Disponível em WWW:<<http://www.ontla.on.ca/library/repository/mon/15000/268598.pdf>>.

ONTARIO JOINT POLICY AND PLANNING COMMITTEE (JPPC) – Technical Report: Development of the rehabilitation patient group (RPG) case mix classification methodology and weighting system for adult inpatient rehabilitation. [Em linha]. (October 2006b), 32p. [Consult. 8 Fev. 2011]. Disponível em WWW:<<https://ospace.scholarsportal.info/bitstream/1873/1253/1/268600.pdf>>.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS) Direcção Geral da Saúde – Classificação Internacional de funcionalidade incapacidade e saúde. [Em linha]. (2004), 238p. [Consult. 02 Mai. 2011]. Disponível em WWW:<http://www.inr.pt/uploads/docs/cif/CIF_port_%202004.pdf>.

PIMENTA, J.- Os sistemas de informação na vanguarda da reabilitação. Centro de Medicina de Reabilitação do Sul, São Brás de Alportel. [Em linha]. (Maio 2008), [Consult. 19 Mai. 2011]. Disponível em WWW:<<http://cmrsul.gpsaude.pt/gpscmmr>>.

PORTAL DA CODIFICAÇÃO CLÍNICA E DOS GDH – Grupos de Diagnósticos Homogéneos. [Em linha]. (2011a), [Consult. 12 Nov. 2010]. Disponível em WWW:<[http://portalcodgdh.min-saude.pt/index.php/Grupos_de_Diagn%C3%B3sticos_Homog%C3%A9neos_\(GDH\)](http://portalcodgdh.min-saude.pt/index.php/Grupos_de_Diagn%C3%B3sticos_Homog%C3%A9neos_(GDH))>.

PORTAL DA CODIFICAÇÃO CLÍNICA E DOS GDH – Resource utilization groups. [Em linha]. (2011b), [Consult. 25 Fev. 2011]. Disponível em WWW:<[http://portalcodgdh.min-saude.pt/index.php/RUG_III_\(Resource_Utilization_Group_Version_III\)](http://portalcodgdh.min-saude.pt/index.php/RUG_III_(Resource_Utilization_Group_Version_III))>.

PORTAL DA CODIFICAÇÃO CLÍNICA E DOS GDH – Versões dos códigos da ICD-9-MC e do Agrupador. [Em linha]. (2011c), [Consult. 12 Jan. 2011]. Disponível em WWW:<[http://portalcodgdh.min-saude.pt/index.php/Vers%C3%B5es dos c%C3%B3digos da ICD-9-CM e do Agrupador](http://portalcodgdh.min-saude.pt/index.php/Vers%C3%B5es%20dos%20c%C3%B3digos%20da%20ICD-9-MC%20e%20do%20Agrupador)>.

PORTAL DA CODIFICAÇÃO CLÍNICA E DOS GDH – Classificação Internacional de Doenças, 9ª revisão, Modificação Clínica (CID-9-MC). [Em linha]. (2011d), [Consult. 12 Jan. 2011]. Disponível em WWW:<<http://portalcodgdh.min-saude.pt/index.php/CID-9-MC>>.

PORTAL DA CODIFICAÇÃO CLÍNICA E DOS GDH - International Classification of Diseases, 10th Revision, Clinical Modification (ICD-10-CM). [Em linha]. (2011e), [Consult. 12 Jan. 2011]. Disponível em WWW:<[http://portalcodgdh.min-saude.pt/index.php/International Classification of Diseases, 10th Revision, Clinical Modification \(ICD-10-CM\)](http://portalcodgdh.min-saude.pt/index.php/International%20Classification%20of%20Diseases%2010th%20Revision%20Clinical%20Modification%20ICD-10-CM)>.

Portaria n.º 38/2006, Diário da República 1.ª série - B N.º 5 de 6 de Janeiro de 2006

Portaria n.º 567/2006, Diário da República 1.ª série - B N.º 113 de 12 de Junho de 2006

Portaria n.º 132/2009, Diário da República 1.ª série - N.º 21 de 30 de Janeiro de 2009

Portaria n.º 839-A/2009, Diário da República, 1.ª série - N.º 147 de 31 de Julho de 2009

Portaria n.º 326/2010, Diário da República 1.ª série - N.º 115 de 16 de Junho de 2010

RATO, H.; RODRIGUES, M.; RANDO, B. – Estudo de caracterização dos utentes da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados: Relatório final. Instituto Nacional de Administração. [Em linha]. (2009), 90p. [Consult. 13 Mar. 2011]. Disponível em WWW:<<http://www.rncci.min-saude.pt/publicacoes/Paginas/default.aspx>>.

REDE NACIONAL DE CUIDADOS CONTINUADOS INTEGRADOS (RNCCI) Ministério da Saúde – Relatório 1º Trimestre 2009: Monitorização do piloto da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados, Orçamentação por programas [Em linha]. (Maio 2009a), 29p. [Consult. 20 Mar. 2011]. Disponível em WWW:<<http://www.rncci.min-saude.pt/publicacoes/Paginas/Relatorios.aspx>>.

REDE NACIONAL DE CUIDADOS CONTINUADOS INTEGRADOS (RNCCI) Ministério da Saúde – Guia da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados. [Em linha]. (Setembro 2009b), 13p. [Consult. 20 Mar. 2011]. Disponível em WWW:<<http://www.rncci.min-saude.pt/publicacoes/Paginas/default.aspx>>.

REDE NACIONAL DE CUIDADOS CONTINUADOS INTEGRADOS (RNCCI) Ministério da Saúde – Relatório de monitorização do desenvolvimento e da actividade da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI) 1º semestre 2010. [Em linha]. (Setembro 2010a), 48p. [Consult. 20 Mar. 2011]. Disponível em WWW:<<http://www.rncci.min-saude.pt/publicacoes/Paginas/Relatorios.aspx>>.

REDE NACIONAL DE CUIDADOS CONTINUADOS INTEGRADOS (RNCCI) Ministério da Saúde – Relatório de monitorização do desenvolvimento e da actividade da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI) 2009. [Em linha]. (Fevereiro 2010b), 76p. [Consult. 20 Mar. 2011]. Disponível em WWW:<<http://www.rncci.min-saude.pt/publicacoes/Paginas/Relatorios.aspx>>.

REDE NACIONAL DE CUIDADOS CONTINUADOS INTEGRADOS (RNCCI) Ministério da Saúde – A Rede. [Em linha]. (2011), [Consult. 20 Mar. 2011]. Disponível em WWW:<www.rncci.min-saude.pt/>.

REDE NACIONAL DE CUIDADOS CONTINUADOS INTEGRADOS (RNCCI) Ministério da Saúde – Critérios de monitorização biopsicossocial na RNCCI: Avaliação biopsicossocial através do instrumento de avaliação integral (IAI). [Em linha]. (sem data), 30p. [Consult. 20 Mar. 2011]. Disponível em WWW:<http://www.rncci.min-saude.pt/SiteCollectionDocuments/ApresentacaoIAI_UMCCI.pdf>.

RELLES, D. A., *et al* – Possible refinements to the construction of function-related groups for the inpatient rehabilitation facility prospective payment system: Technical report. **RAND Corporation**. [Em linha]. (2005), 73p. [Consult. 26 Fev. 2011]. Disponível em WWW:<http://www.rand.org/content/dam/rand/pubs/technical_reports/2005/RAND_TR207.pdf>.

RODRIGUES, J. – DRGs: Origin and dissemination throughout Europe. *In* CASAS, M., WILEY, M. M. – **Diagnosis related groups in Europe: Uses and perspectives**. Berlin. Springer Verlag 1993. p. 17-29

ROSSI, G. R. – Swiss classification system for rehabilitation patients. **Patient classification systems international** – 26th PCSI Conference Munich, Germany: CaseMix: What do we get for our money? September 15-18 (2010).

SALIBA, D.; BUCHANAN, J. – Development and validation of a revised nursing home assessment tool: MDS 3.0. **RAND Corporation**. [Em linha]. (Abril 2008a), 273p. [Consult. 11 Jan. 2011]. Disponível em WWW:<http://scholar.google.pt/scholar?q=Development+and+validation+of+a+revised+nursing+home+assessment+tool&hl=pt-PT&as_sdt=0&as_vis=1&oi=scholar>.

SALIBA, D.; BUCHANAN, J. – Development and validation of a revised nursing home assessment tool: MDS 3.0 appendices. **RAND Corporation**. [Em linha]. (Abril 2008b), 237p. [Consult. 11 Jan. 2011]. Disponível em WWW:<<https://www.cms.gov/NursingHomeQuality/lnits/downloads/MDS30FinalReportAppendix.pdf>>.

SANTA CASA DA MISERICÓRDIA DE LISBOA Centro de Medicina de Reabilitação do Alcoitão (CMRA). [Em linha]. (2011), [Consult. 17 Mai. 2011]. Disponível em WWW:<www.scml.pt/default.asp?site=cmra>.

SANTANA, S. – Reforming long-term care in Portugal: dealing with the multidimensional character of quality. **Social policy and administration**. 44 : 4 (August 2010) 512-528

SANTANA, R. – O financiamento hospitalar e a definição de preços. **Revista Portuguesa de Saúde Pública**. 5 (2005) 93-118

SHELLER-KREINSEN, D.; GEISLER, A.; BUSSE, R. – The ABC of DRGs. **The Health Policy Bulletin of the European Observatory on Health Systems and Policies**. 11 : 4 (Winter 2009) 1-5

SCHREYOGG, J. *et al.* – Methods to determine reimbursement rates for diagnosis related groups (DRG): A comparison of nine European countries. **Health Care Management Science**. 9 (May 2006) 215-223

SIMÕES, J.; BARROS, P. P.; SILVA, S. N. – Equipa de análise estratégica para o acompanhamento externo de modelos de gestão hospitalar: Relatório final. [Em linha]. (Julho 2009), 313p. [Consult. 17 Mar. 2011]. Disponível em WWW:<<http://www.portaldasaude.pt/NR/rdonlyres/4B7D86A9-2175-44BC-9D3E-8B3BD2628DDC/0/PPP4.pdf>>.

SIZENANDO, M. *et al.* – Casuística dos doentes com lesão encefálica adquirida internados no centro de Medicina e Reabilitação do Sul no ano de 2007. [Em linha]. (2007), 1p. [Consult. 19 Mai. 2011]. Disponível em WWW:<<http://cmrsul.gpsaude.pt/gpscsmr>>.

SPYRA, K., AMMELBURG, N. – Rehabilitée management categories (RMK) a demand-related and performance-related patient classification system in medical rehabilitation in Germany. **Patient classification systems international** – 26th PCSI Conference Munich, Germany: CaseMix: What do we get for our money? September 15-18 (2010).

STINEMAN, M. G. – Case-mix measurement in medical rehabilitation. **Archives of Physical Medicine and Rehabilitation**. 76 (December 1995) 1163-1170

STINEMAN, M. G. – The story of Function-related groups: Please, first do not harm. **Archives of Physical Medicine and Rehabilitation**. 82 (April 2001) 553-557

STINEMAN, M. G. – Prospective payment, prospective challenge. **Archives of Physical Medicine and Rehabilitation**. 83 : 12 (2002) 1802-1805

STINEMAN, M. G. *et al.* – Development of function-related groups version 2.0: A classification system for medical rehabilitation. **Health Services Research**. 34 : 4 (October 1997) 529-548

SUTHERLAND, J. M.; WALKER, J. – Challenges of rehabilitation case mix measurement in Ontario hospitals. **Health Policy Elsevier**. 85 : 3 (2008) 336-348

SUTHERLAND, J. M. – Evaluation and revision of the rehabilitation patient group (RPG) case mix system: Technical report. (October 2010) 61p.¹⁰⁶

TALVINKO, T.; VIRTANEN, M. – Validating the Nordic assessment system/NASS to the grouping of rehabilitation patients. *In Patient Classification Systems International: 2007 Case Mix Conference*. **BMC Health Services Research**. 7 : 1 (November 2007)

TOMAINO, J. J. – Understanding MDS 3.0 and RUG IV reimbursement for nursing homes. **McGladrey**. [Em linha]. (2010), 5p. [Consult. 06 Jan. 2011]. Disponível em WWW:<http://mcgladrey.com/pdf/understanding_mds_rugiv_nursing_homes.pdf>.

TOMBAUGH, T. N. *et al* – Mini-mental state examination (MMSE) and the modified MMSE (3MS): A psychometric comparison and normative data. **Psychological Assessment**. 8 : 1 (1996) 48-59

TOOTH, L. *et al.* – Length of stay, discharge destination, and functional improvement: utility of the Australian national subacute and nonacute patient casemix classification. **Journal of the American Heart Association**. ISSN: 0039-2499. 36 (2005) 1519-1525

¹⁰⁶ Este relatório foi cedido pelo Dr. Jason M. Sutherland

TOPINKOVÁ, E. *et al.* – Case-mix classification in post-acute and long-term care: Validation of resource utilization groups III (RUG-III) in the Czech Republic. **Casopis Lekaru Ceskych**. 139 : 2 (2000) 42-48

TURNER-STOKES, L. – Politics, policy and payment: facilitators or barriers to person-centred rehabilitation? **Disability and Rehabilitation**. 29 : 20-21 (2007a) 1575-1582

TURNER-STOKES, L. – Developing case-mix classifications for rehabilitation in the UK. *In* Patient Classification Systems International: 2007 Case Mix Conference. **BMC Health Services Research**. 7 : 1 (November 2007b)

TURNER-STOKES, L. *et al.* – The UK FIM+FAM: development and evaluation. **Clinical Rehabilitation**. 13 (January 1999) 277-287

UNIFORM DATA SYSTEM FOR MEDICAL REHABILITATION – About the FIM system. [Em linha]. (2011), [Consult. 5 Jan. 2011]. Disponível em WWW:<http://www.udsmr.org/WebModules/FIM/Fim_About.aspx>.

WALLACE, M.; SHELKEY, M. – Katz index of independence in activities of daily living (ADL). **Journal of Urological Nursing**. 27 : 1 (February 2007) 93-94

WEBSTER, F. – Development of a casemix classification system for inpatient rehabilitation services: Stage 1 of the Victorian Rehabilitation Project. **Australian Health Review**. 19 : 3 (1996) 81-92.

WHITE, C., PIZER, S. D., WHITE, A. J. – Assessing the RUG-III resident classification system for skilled nursing facilities. **Health Care Financing Review**. 24 : 2 (2002) 7-15

WHITE, C. – Rehabilitation therapy in skilled nursing facilities: Effects of Medicare's new prospective payment system. **Health Affairs**. 22 : 3 (2003) 214-223

WILEY, M. M. – Diagnosis related groups (DRGs): Measuring hospital case mix. **Encyclopedia of Biostatistics**. 2 (2005) 1428-1433

WILSON, F. C., WHEATLEY-SMITH, L., DOWNES, C. – Analysis of intensive outpatient neuro-rehabilitation outcomes using FIM+FAM^{UK}. **NeuroRehabilitation Journal**. 24 (2009) 377-382

WORLD HEALTH ORGANIZATION – History of the development of the ICD. [Em linha]. (sem data), 10p. [Consult. 18 Dez. 2010]. Disponível em WWW:<<http://www.who.int/classifications/icd/en/HistoryOfICD.pdf>>.

ANEXOS

ANEXO I

Grupos de Diagnóstico Homogêneos

O sistema de classificação de doentes GDH é um sistema de classificação para doentes internados em hospitais de agudos, cujo principal objectivo é agrupar doentes com padrões similares de utilização de recursos hospitalares¹⁰⁷ necessários para fornecer cuidados de saúde, em classes homogêneas do ponto de vista de consumo de recursos, considerando-se para esse efeito a duração do internamento (Chilingerian, 2008; Busse, Schreyogg e Smith, 2006; Costa, Lopes e Santana, 2008; Scheller-Kreinsen, Geissler e Busse, 2009). Para isto é também necessário que os grupos sejam clinicamente coerentes no sentido em que consoante o seu diagnóstico, severidade, co-morbilidades e tratamentos/procedimentos médicos realizados, os grupos são esperados em desencadear um conjunto de respostas clínicas que resultam então num padrão similar de recursos (Rodrigues, 1993; Busse, Schreyogg e Smith, 2006; Scheller-Kreinsen, Geissler e Busse, 2009). Adicionalmente, os GDH devem permitir a medição e documentação da actividade médica, facilitando ainda a monitorização da qualidade (Busse, Schreyogg e Smith, 2006; Scheller-Kreinsen, Geissler e Busse, 2009), e reflectir empiricamente os custos observados de tratamento (Scheller-Kreinsen, Geissler e Busse, 2009).

O sistema de classificação de doentes GDH foi desenvolvido por dois professores da *Yale School of Organization and Management*, Robert Fetter e John Thompson, pertencentes ao *Health Systems Management Group* (Chute, 2001; Wiley, 2005). *Richard Averill*, (mais tarde Director do departamento de investigação em Saúde, da Universidade de Yale) um estudante universitário, colaborou com estes dois professores neste processo, tendo um contributo significativo (Chilingerian, 2008).

O ponto de partida de criação deste sistema teve como origem a questão: “*In order for the hospital to manage and control cost-per-case, how can a hospital product be defined and measured?*” Ou seja, uma das preocupações iniciais seria definir e medir o Produto Hospitalar e estabelecer uma diferenciação entre os diferentes produtos. Foram considerados como produtos, todos os doentes tratados num hospital (Chilingerian, 2008), sendo o produto final, o doente saído. Contudo, a interpretação de produto como cada doente individual tratado no Hospital (devido à variedade de diagnósticos, diferente grau de evolução da doença, e diferentes necessidades de tratamento e recursos), tornaria impossível a utilização de medidas estatísticas, e interpretação da realidade. Esta diversidade de multi-produtos tornaria difícil a medição e definição da produção de um

¹⁰⁷ Uma necessidade de recursos similar significa que os recursos são relativamente consistentes nos doentes pertencentes ao mesmo DGH. A quantidade de recursos precisa de um doente não pode ser predita sabendo o GDH a que pertence, mas sim o padrão médio de intensidade de recursos desse grupo de doentes pertencentes a um determinado GDH (Averill *et al.*, 1999).

Hospital. Para facilitar este processo, seria então necessário classificar os doentes, em diferentes classes, tornando possível relacionar o case-mix do Hospital com os recursos utilizados e posteriormente, com os custos dispendidos. (Mateus, 2010)

Para a criação dos GDH, o *Health Systems Management Group* estabeleceu determinados atributos que as classes de doentes deveriam cumprir, para uma fácil utilização do sistema. Assim, as classes de doentes deveriam ser:

- de categorias homogéneas de diagnóstico (consistentes em termos de critérios de anatomia, fisiopatologia e o modo como são clinicamente tratados);
- traduzir uma utilização de output expectável semelhante (necessidade de intensidade de recursos semelhante);
- clinicamente coerentes, significativas e interpretáveis (ou seja, perante uma determinada classe, o médico deverá ser capaz de identificar o respectivo procedimento clínico);
- relevantes para a medição do output hospitalar, ou seja, que descrevam o estado de saúde do doente e o processo de tratamento;
- de número exclusivo mas não exaustivo para facilidade de manuseamento (na ordem das centenas);
- conter todos os doentes tratados em regime de internamento hospitalar, com um número significativo de doentes em cada classe¹⁰⁸.

Para além destes atributos, a informação por detrás da criação das classes deve ser derivada de variáveis independentes facilmente disponíveis nos hospitais (informação rotineira e de fácil acesso) tal como os dados clínicos e demográficos das notas de alta (Wiley, 2005; Costa, Lopes e Santana, 2008; Chilingerian, 2008; Averill, *et al.*, 1999).

Durante a elaboração dos GDH, surgiram limitações na obtenção de uma variável dependente. Embora o custo seja uma das variáveis dependentes mais preferíveis para a medição do *output*, nem sempre é fácil obter os dados relativos ao mesmo, e quando disponíveis são dificilmente interpretáveis devido aos diferentes métodos de obtenção (Wiley, 2005). Estudos anteriores tinham demonstrado correlações significativas entre a demora média e o consumo total de recursos. Ou seja, os autores verificaram que a quantidade de recursos consumidos por doente era em função da sua demora média, o que levou a que fosse esta a variável dependente escolhida. Esta medida tem a vantagem de ser clinicamente relevante, facilmente disponível nas notas de alta, estandardizada e fiável como medida de *output*, para além de estar relacionada com alguns procedimentos médicos e cirúrgicos comuns (Chilingerian, 2008; Wiley, 2005).

¹⁰⁸ A presença de muito poucos doentes em cada classe de GDH dificultaria a detecção de padrões na complexidade do case-mix, nos custos e na análise de resultados.

As variáveis independentes identificadas em estudos de actividade hospitalar como associadas com a variação na demora média, e consequentemente relacionadas com o consumo de recursos foram: o diagnóstico principal¹⁰⁹, diagnóstico(s) secundário(s)¹¹⁰, presença ou não de co-morbilidades ou complicações, procedimentos realizados como a realização ou não de uma intervenção cirúrgica, tipo de procedimentos cirúrgicos, idade, sexo, destino após alta¹¹¹ (Averill *et al.*, 1999; Costa, Lopes e Santana, 2008) e o peso à nascença (para o caso dos recém-nascidos) (ACSS, 2011). Nem todas estas variáveis foram identificadas logo no início da criação dos GDH, mas foram sendo sucessivamente adicionadas com a realização de novos estudos.

Actualmente todas estas variáveis são indispensáveis para o agrupamento dos doentes no respectivo GDH, e fazem parte de um instrumento de recolha de dados, a nota de alta. Assim, o mesmo instrumento que serviu de base para a criação do sistema de classificação em si, é agora indispensável para o agrupamento dos doentes, exigindo a sua constante recolha.

O primeiro sistema de classificação de GDH surgiu no ano de 1973 (Rodrigues, 1993), tendo por base os registos das notas de alta de inúmeros doentes, sendo concebido para classificar a população abrangida pelo Medicare, ou seja, por norma, doentes mais idosos (Costa, Lopes e Santana, 2008). O primeiro estado norte-americano a adoptar oficialmente os GDH como base de financiamento, foi o estado de *New Jersey*, em 1980 (Chilingerian, 2008; Averill, *et al.*, 1999), sendo que em 1986 já se notavam algumas melhorias da sua implementação: verificou-se uma redução nos custos hospitalares e uma diminuição dos deficits; as receitas desses hospitais estavam agora abaixo da média nacional; e verificou-se um menor custo por doente, essencialmente devido à diminuição da demora média em mais de 10%. Em 1982, Julian Pettengill e James Vertrees pertencentes ao *Health Care Financing Administration* recomendaram o sistema de classificação GDH como base de financiamento hospitalar, por ser uma “representação válida e precisa dos custos esperados de um determinado case-mix hospitalar” (Chilingerian, 2008). Assim, após a experiência realizada do estado de *New Jersey*, os GDH começaram por ser utilizados como base de pagamento prospectivo para os doentes em regime de internamento incluídos nos serviços do *Medicare*, pela Lei aprovada a 1 de Outubro de 1983 (Chilingerian, 2008; Chute, 2001; Santana, 2005; Busse, Schreyogg e Smith, 2006; Mateus, 2010). Isto implica que os hospitais seriam pagos pelo número de doentes tratados, em função do tipo do seu GDH (Averill, *et al.*, 1999), sendo que o pagamento para um GDH específico seria fixo, uniforme e

¹⁰⁹ O “diagnóstico principal” é a principal razão para a admissão no hospital (Rodrigues, 1993).

¹¹⁰ Diagnóstico(s) secundário(s) são todos os outros diagnósticos associados à condição clínica do doente. Podem ser responsáveis pelo gerar de complicações ou de co-morbilidades (ACSS).

¹¹¹ O destino após alta pode ser: domicílio, transferido, saído contra parecer médico ou falecido.

baseado numa média dos custos de todos os doentes do *Medicare* (Rodrigues, 1993). A sua difusão nacional foi favorecida pela insatisfação com a incapacidade dos hospitais conterem custos e com a necessidade de implementação de um sistema de pagamento prospectivo baseado no índice case-mix (Chilingerian, 2008)

O sistema inicial GDH criado pelo HCFA para o *Medicare* foi o ponto de partida para a evolução dos GDH ao longo dos anos, e para a criação de várias versões, cada uma com um sistema de agrupamento distinto¹¹² (Chute, 2001; Busse, Schreyogg e Smith, 2006). Todas estas revisões, modificações e actualizações dos GDH são realizadas pelo *3M Health Information*, sob o contrato do HCFA (actualmente designado por *Centers for Medicare and Medicaid Services*) (Averill, *et al.*, 1999; Wiley, 2005; Chilingerian, 2008). A evolução dos GDH é um processo constante, e tem seguido as evoluções nos códigos da CID-9, para a CID-9-MC (McGuire, 1993) bem como o progresso da medicina, dos diagnósticos, de novas patologias e das inovações terapêuticas e tecnológicas¹¹³ (Chilingerian, 2008; Averill, *et al.*, 1999; Wiley, 2005), trazendo um sucessivo avanço na explicação do case-mix hospitalar (Santana, 2005). Assim, este sistema, inicialmente desenhado para classificar os doentes pertencentes ao *Medicare*, tem vindo a evoluir de modo caracterizar melhor outras populações, com diferentes idades e patologias, pela adição de novas variáveis explicativas da demora média. As revisões dos GDH irão continuar, nomeadamente a atribuição de novos códigos e revisões às listas de co-morbilidades. Estas alterações irão ainda ser mais significativas com a actualização da CID-9-MC pela CID-10.

Contudo, apesar das diferentes versões, todos os sistemas de GDH seguem uma lógica de agrupamento, baseada numa árvore de decisão. As variáveis de “separação”, de uma estrutura típica do sistema de GDH, nos diversos ramos até se chegar a um GDH final são as seguintes:

Em primeiro lugar, as notas de alta dos doentes são divididas segundo o “diagnóstico principal”, sendo esta a variável inicial de categorização, colocando o doente numa das 25 categorias denominadas por Grandes Categorias de Diagnóstico (GCD). As GCD foram definidas pela segmentação e agrupamento dos códigos da CID-9-MC, com base nos grandes sistemas de órgãos, ou por especialidade espectável para cada tipo de diagnóstico (Chilingerian, 2008; Costa, Lopes e Santana, 2008).

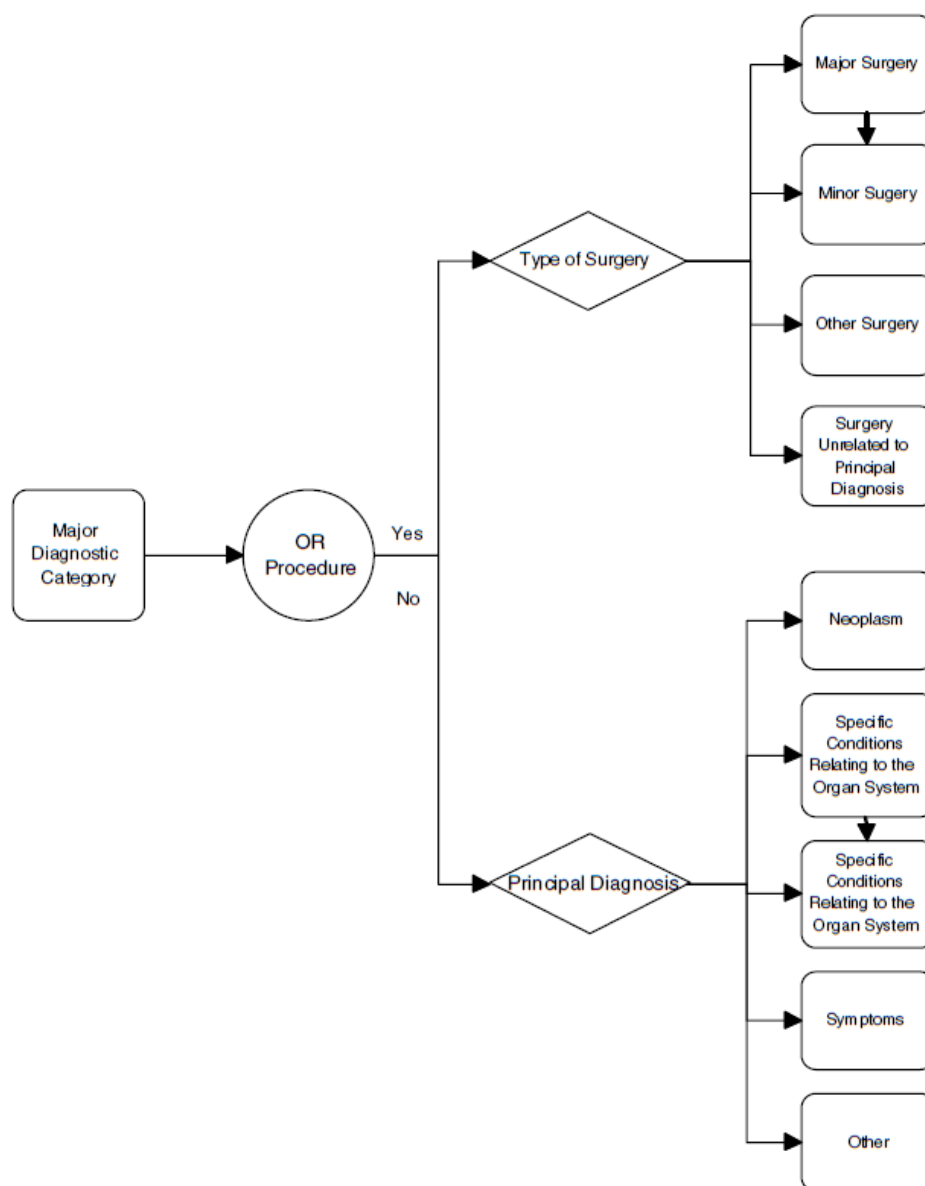
¹¹² As diferentes versões que têm vindo a ser desenvolvidas são as seguintes: HCFA-DRG (*Health Care Financing Administration-Diagnosis Related Groups*); NY-DRG (*New York State Diagnosis Related Groups*); CHAMPUS DRG (*Civilian Health and Medical Program of the Uniformed Services*); NACHRI-DRG (*National Association of Children's Hospitals and Related Institutions*); AP-DRG (*All-Patient Diagnosis Related Groups*); APR-DRG (*All-Patient Refined Diagnostic Related Groups*); MS-DRG (*Medicare Severity-adjusted - Diagnosis Related Groups*) e IR-DRGs (*International Refined – Diagnosis Related Groups*) (Wiley, 2005).

¹¹³ À medida que estes novos tipos de informação se tornam facilmente disponíveis, são avaliados para determinar se poderão trazer benefícios, com a sua inclusão, na capacidade de classificar os doentes (Averill *et al.*, 1999; Wiley, 2005; Rodrigues, 1993; Scheller-Kreinsen, Geissler e Busse, 2009).

De seguida, as GCD são divididas em duas estratificações, determinadas pela presença ou não de realização de procedimentos cirúrgicos, em doentes “médicos” e “cirúrgicos”. Os doentes classificados como “cirúrgicos”¹¹⁴ são organizados de acordo com os procedimentos cirúrgicos específicos realizados e da sua extensão, sendo definidos por ordem hierárquica de intensidade de recursos. Um doente pode ser submetido a várias cirurgias durante a estadia hospitalar, mas apenas pode ser definido num grupo cirúrgico. Esse grupo corresponde à cirurgia de maior ordem hierárquica, sendo o procedimento mais dispendioso, relacionado com o diagnóstico principal (Averill, *et al.*, 1999). Assim, existem no total quatro ramos de divisão dos doentes cirúrgicos: *Major surgery* (cirurgia *major*), *Minor surgery* (cirurgia *minor*), *other surgical procedures* (outros procedimentos cirúrgicos) e *surgery unrelated to principal diagnosis* (cirurgia não relacionada com o diagnóstico principal) (Averill *et al.*, 2003) onde são colocados os doentes cujo procedimento cirúrgico não está relacionado com a GCD, resultando normalmente na atribuição de um GDH não bem definido (Averill, *et al.*, 1999). Os doentes classificados como “médicos” são categorizados consoante o diagnóstico principal que levou à admissão, mas também por ordem hierárquica de necessidade de recursos (Averill, *et al.*, 1999; Rodrigues, 1993). Assim, os doentes “médicos” são divididos em cinco ramos: *neoplasm* (neoplasias), *specific conditions relating to the organ system* (condições específicas em relação ao sistema de órgãos previamente definido – duas categorias por ordem hierárquica), *symptoms* (sintomas) e *other medical diseases* (outras condições médicas) onde são agrupadas as patologias pouco definidas ou muito pouco frequentes (Averill *et al.*, 2003). A figura 6 mostra a árvore de decisão típica dos GDH.

¹¹⁴ Os doentes “cirúrgicos” são aqueles que necessitam de recursos específicos: bloco operatório, sala de recobro, anestesia (Averill *et al.*, 1999).

Figura 6 – Árvore de decisão do sistema de classificação GDH



Fonte: (Averill *et al.*, 2003)

Por fim, as restantes subdivisões baseiam-se nas co-morbilidades, complicações¹¹⁵, idade, diagnósticos secundários, destino após alta, e outros procedimentos não cirúrgicos, onde estas variáveis demonstraram um efeito significativo na demora média (Chilingerian, 2008; Wiley, 2005, McGuire, 1993; Averill *et al.*, 1999).

Na versão *All Patient Refined – Diagnosis Related Groups* (APR-DRG), desenvolvida de modo a incluir a severidade da doença ou risco de mortalidade no sistema de

¹¹⁵ A complicação e co-morbilidade foi definida segundo o critério de a sua presença, juntamente com um diagnóstico principal específico, provocar um aumento de pelo menos 1 dia na demora média, em pelo menos 75% dos doentes, e assim, afectar consistentemente o consumo de recursos (Averill *et al.*, 1999)

classificação¹¹⁶, é analisado o impacto das interações entre os diagnósticos secundários, para cada GDH (Wiley, 2005). Assim, cada GDH possui quatro categorias ou níveis de severidade: *minor*, *moderate*, *major* ou *extreme* que são adicionadas de acordo com os diagnósticos secundários, a presença de procedimentos não cirúrgicos e interação com outros diagnósticos, e idade, que contribuem para o aumento do risco de mortalidade (Chilingerian, 2008).

Existem diversos critérios de exceção à hierarquia apresentada. Ou seja, antes de se seguir a árvore de decisão, têm que ser identificados os doentes “excepcionais” (McGuire, 1993). Estes correspondem a doentes com determinadas características, ou sujeitos a determinados procedimentos, os quais são atribuídos a uma GCD, independentemente do seu diagnóstico principal, ou então, atribuídos de imediato a um GDH correspondente. Estas características têm vindo a variar nas diversas versões. No caso do *All Patient – Diagnosis Related Groups* (AP-GDH), as exceções são as seguintes: Doentes com idade inferior a 29 dias; presença de HIV relacionada com o diagnóstico principal ou secundário; transplantes (fígado, pulmão, rim e pâncreas, coração, rim, medula óssea: alogénico e autólogo); traqueostomia e traumas múltiplos (Averill *et al.*, 2003).

¹¹⁶ O sistema de classificação GDH começou por ser ajustado pela “complexidade” e não pela “severidade”. Este factor está relacionado com as insuficiências da codificação da CID-9-MC, visto que somente alguns códigos contêm informação sobre a gravidade (Costa, Lopes e Santana, 2008). A inclusão do ajustamento por “severidade” no sistema de classificação GDH foi realizada após as limitações apontadas a este sistema de apenas incluir a “complexidade” na sua classificação, resultando em categorias com grandes variações de gravidade. Assim, a inclusão da severidade como factor de ajustamento pretende diminuir essa possível heterogeneidade dentro de um mesmo grupo (Chilingerian, 2008).

Anexo II

Número de doentes por patologia no CMRA e CMR Sul

Tabela 4: Número de doentes por Categoria Funcional do CMRA, ano 2006

Categoria Funcional	Nº casos	Percentagem
AVC	136	33,4%
Lesão traumática da Coluna Vertebral	75	18,4%
Diversos	44	10,8%
Lesão cerebral traumática	38	9,3%
Lesão não traumática da Coluna Vertebral	33	8,1%
Patologias Neurológicas	28	6,9%
Traumatismos múltiplos <i>major</i> , com lesão cerebral ou da coluna vertebral	16	3,9%
Lesão cerebral não traumática	12	2,9%
Amputação, extremidade inferior	6	1,5%
Patologias ortopédicas NCOP ¹¹⁷	5	1,2%
Substituição da articulação membro inferior	4	1%
Síndrome Guillain Barré	4	1%
Fracturas do membro inferior	3	0,7%
Artrite Reumatóide	2	0,5%
Amputação NCOP	1	0,2%
Osteoartrite	0	0%
Patologias cardíacas	0	0%
Patologias pulmonares	0	0%
Síndrome doloroso	0	0%
Traumatismos múltiplos <i>major</i> , sem lesão cerebral ou da coluna vertebral	0	0%
Queimaduras	0	0%
Total	407	100%

Fonte: Simões, Barros e Silva, 2009

¹¹⁷ NCOP significa "não classificado em outra parte"

Tabela 5: Nº. de doentes por Grupo de Diagnóstico Funcional, do CMR Sul, ano 2008

Grupo de Diagnóstico Funcional	Nº casos	Percentagem
AVC – envolvimento hemicorpo esquerdo (encefálico direito)	96	30,1%
AVC – envolvimento bilateral	4	1,3%
AVC – envolvimento hemicorpo direito (encefálico esquerdo)	79	24,8%
AVC – outros	12	3,8%
Complicações médicas/cirúrgicas	2	0,6%
Condições medicamente complexas	1	0,3%
Doença neurológica – Doenças neuromusculares	1	0,3%
Doença neurológica – Esclerose Múltipla	4	1,3%
Doença neurológica – Guillain Barré	3	0,9%
Doença neurológica – outras doenças neurológicas	9	2,8%
Doença neurológica - Parkinsonismo	2	0,6%
Doença neurológica - Polyneuropatia	2	0,6%
Lesão Encefálica	1	0,3%
LMNT¹¹⁸ – Paraplegia, completa	6	1,9%
LMNT – Paraplegia, incompleta	11	3,4%
LMNT – Tetraplegia, incompleta C5-8	5	1,6%
LMNT – Tetraplegia, não especificada	1	0,3%
LMT – Paraplegia, completa	8	2,5%
LMT – Paraplegia, Incompleta	8	2,5%
LMT – Paraplegia, não especificada	1	0,3%
LMT – Tetraplegia, completa C1-4	1	0,3%
LMT – Tetraplegia, completa C5-8	2	0,6%
LMT – Tetraplegia, incompleta C1-4	3	0,9%
LMT – Tetraplegia, incompleta C5-8	9	2,8%
LMT – Tetraplegia, não especificada	1	0,3%
Neoplasias	1	0,3%
Outras	7	2,2%
Outras lesões encefálicas	1	0,3%
Outros	8	2,5%
Spina Bífida	1	0,3%
Traumatismo crânio-encefálico + lesão medular	1	0,3%
Traumatismo crânio-encefálico fechado	25	7,8%
Unilateral – membro inferior abaixo do joelho	3	0,9%
Total	319	100%

Fonte: Simões, Barros e Silva, 2009

¹¹⁸ LMNT – Lesão Medular Não Traumática; LMT – Lesão Medular Traumática

Anexo III – GDH seleccionados para análise. (Portaria n.º 839-A/2009, Diário da República, 1.ª série – N.º 147 de 31 de Julho de 2009)

A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L
GDH	Designação	Tipo GDH	Peso Relativo	Preço	Peso Relativo em Ambulatório	Preço em Ambulatório	Diária de Internamento	GDH Cirúrgicos - Preço 1º dia de internamento	Limiar Inferior	Limiar Máximo	Demora Média Corrigida
9	Perturbações e/ou lesões traumáticas raquidianas	M	1,0176	2.438,42 €	0,0000	- €	812,81 €	-	2	53	9,5
14	Acidente vascular cerebral com enfarte	M	0,7822	1.874,35 €	0,0000	- €	624,78 €	-	2	34	8,6
15	Acidente vascular cerebral não específico e/ou oclusão pré-cerebral sem enfarte	M	0,5550	1.329,92 €	0,0000	- €	443,31 €	-	2	31	6,4
761	Estupor e/ou coma traumático, coma de duração > 1 hora	M	1,0037	2.405,12 €	0,0000	- €	801,71 €	-	2	35	7,2
762	Concussão ou traumatismo intracraniano, com coma < 1 hora ou sem coma, idade < 18 anos	M	0,3634	870,80 €	0,0000	- €	435,40 €	-	1	6	1,5
763	Estupor e/ou coma traumático, coma < 1 hora, idade < 18 anos	M	0,5495	1.316,74 €	0,0000	- €	658,37 €	-	1	21	3,4
764	Concussão ou traumatismo intracraniano, com coma < 1 hora ou sem coma, idade > 17 anos, com CC	M	0,6956	1.666,83 €	0,0000	- €	833,42 €	-	1	37	5,2
765	Concussão ou traumatismo intracraniano, com coma < 1 hora ou sem coma, idade > 17 anos, sem CC	M	0,4836	1.158,83 €	0,0000	- €	579,41 €	-	1	11	2,4
766	Estupor e/ou coma traumático, coma < 1 hora, idade > 17 anos, com CC	M	0,9968	2.388,58 €	0,0000	- €	597,15 €	-	3	44	8,7
767	Estupor e/ou coma traumático, coma < 1 hora, idade > 17 anos, sem CC	M	0,6420	1.538,39 €	0,0000	- €	512,80 €	-	2	31	6,0
730	Craniotomia por traumatismos múltiplos significativos	C	4,9011	11.744,26 €	3,5879	8.597,39 €	1.573,44 €	-	1	70	12,8
792	Craniotomia por traumatismos múltiplos significativos, com CC major não traumáticas	C	7,9220	18.983,09 €	0,0000	- €	1.017,49 €	13.895,62 €	5	77	25,1
462	Reabilitação	M	1,0174	2.437,94 €	0,0000	- €	487,59 €	-	4	73	16,7

Anexo IV – Análises quantitativas dos GDH seleccionados

Tabela 7: Número de episódios de internamento por ano

Patologia	GDH ¹¹⁹	Número de episódios de internamento							
		2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
LVM (trauma)	9	329 (1,3%)	305 (1,3%)	312 (1,4%)	308 (1,2%)	302 (1,3%)	292 (1,3%)	258 (1,1%)	269 (1,2%)
AVC	14	15.198	14.054	13.751	15.619	16.113	15.515	16.307	16.150
	15	2.013	2.328	2.596	2.764	1.958	2.273	1.894	1.357
	sub- total	17.211 (65,7%)	16.382 (69,8%)	16.347 (72,7%)	18.383 (73,9%)	18.071 (75,3%)	17.788 (78,7%)	18.201 (79,6%)	17.507 (79,2%)
TCE	730	37	44	28	28	28	36	24	27
	761	1.297	1.062	1.024	1.065	1.099	1.086	1.003	1.125
	762	1.670	1.169	930	910	678	377	423	344
	763	537	576	475	431	372	309	287	268
	764	444	335	289	350	289	205	211	226
	765	2.798	1.878	1.515	1.865	1.693	1.053	830	646
	766	321	275	290	318	311	296	376	421
	767	1.506	1.392	1.241	1.211	1.132	1.131	1.227	1.261
	792	35	39	23	23	35	39	29	23
	sub- total	8.645 (33%)	6.770 (28,9%)	5.815 (25,9%)	6.201 (24,9%)	5.637 (23,5%)	4.532 (20%)	4.410 (19,3%)	4.341 (19,6%)
“Reabilitação”	462	74	205	158	166	195	232	184	161
Total		26.259	23.662	22.632	25.058	24.205	22.844	23.053	22.278

¹¹⁹ GDH 9 – Perturbações e ou lesões traumáticas raquidianas; GDH 14 – Acidente vascular cerebral com enfarte; GDH 15 – Acidente vascular cerebral não específico e ou oclusão pré-cerebral sem enfarte; GDH 761 – Estupor e ou coma traumático, coma de duração >1hora; GDH 762 – Concussão ou traumatismo intracraniano, com coma <1 hora ou sem coma, idade <18 anos; GDH 763 – Estupor e ou coma traumático, coma <1 hora, idade <18 anos; GDH 764 – Concussão ou traumatismo intracraniano, com coma <1hora ou sem coma, idade >17 anos, com CC; GDH 765 – Concussão ou traumatismo intracraniano, com coma <1hora ou sem coma, idade >17, sem CC; GDH 766 – Estupor e ou coma traumático, coma < 1hora, idade > 17 anos, com CC; GDH 767 – Estupor e ou coma traumático, coma < 1 hora, idade > 17 anos, sem CC; GDH 730 – Craniotomia por traumatismos múltiplos significativos; GDH 792 – Craniotomia por traumatismos múltiplos significativos, com CC major não traumáticas; GDH 462 – Reabilitação

Tabela 8: Número de episódios de internamento anual por grupo etário

Patologia	GDH	Grupo etário	Número de episódios de internamento							
			2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
LVM (trauma)	9	< 18	35	58	34	36	28	32	29	38
		18 - 34	54	65	60	43	44	41	39	26
		35 - 49	72	50	40	61	55	49	40	47
		50 - 64	71	58	65	72	66	68	55	47
		65 - 79	77	59	89	72	83	69	74	71
		≥ 80	20	15	24	24	26	33	21	40
AVC	14,15	< 18	12	11	18	14	14	16	14	20
		18 - 34	97	88	100	96	97	90	79	103
		35 - 49	646	625	658	767	421	704	709	761
		50 - 64	2.842	2.656	2.682	2.941	2.964	2.856	2.972	2.970
		65 - 79	8.753	8.166	7.867	8.835	8.463	8.210	8.239	7.532
		≥ 80	4.861	4.836	5.022	5.730	5.812	5.912	6.189	6.121
TCE	730, 761, 762, 763, 764, 765, 766, 767, 792	< 18	2.438	1.925	1.547	1.468	1.172	688	811	688
		18 - 34	1.465	1.043	856	838	802	368	459	368
		35 - 49	1.224	912	776	836	731	464	517	464
		50 - 64	988	838	736	834	784	605	640	605
		65 - 79	1.564	1.249	1.132	1.303	1.276	1.148	1.027	1.148
		≥ 80	966	803	768	922	872	1.068	956	1.068
"Reabilitação"	462	< 18	6	23	31	7	13	25	18	15
		18 - 34	17	22	8	6	12	11	8	6
		35 - 49	14	22	17	14	20	20	14	12
		50 - 64	16	28	30	36	55	56	48	29
		65 - 79	15	87	50	86	82	98	69	78
		≥ 80	6	23	22	17	13	22	27	21

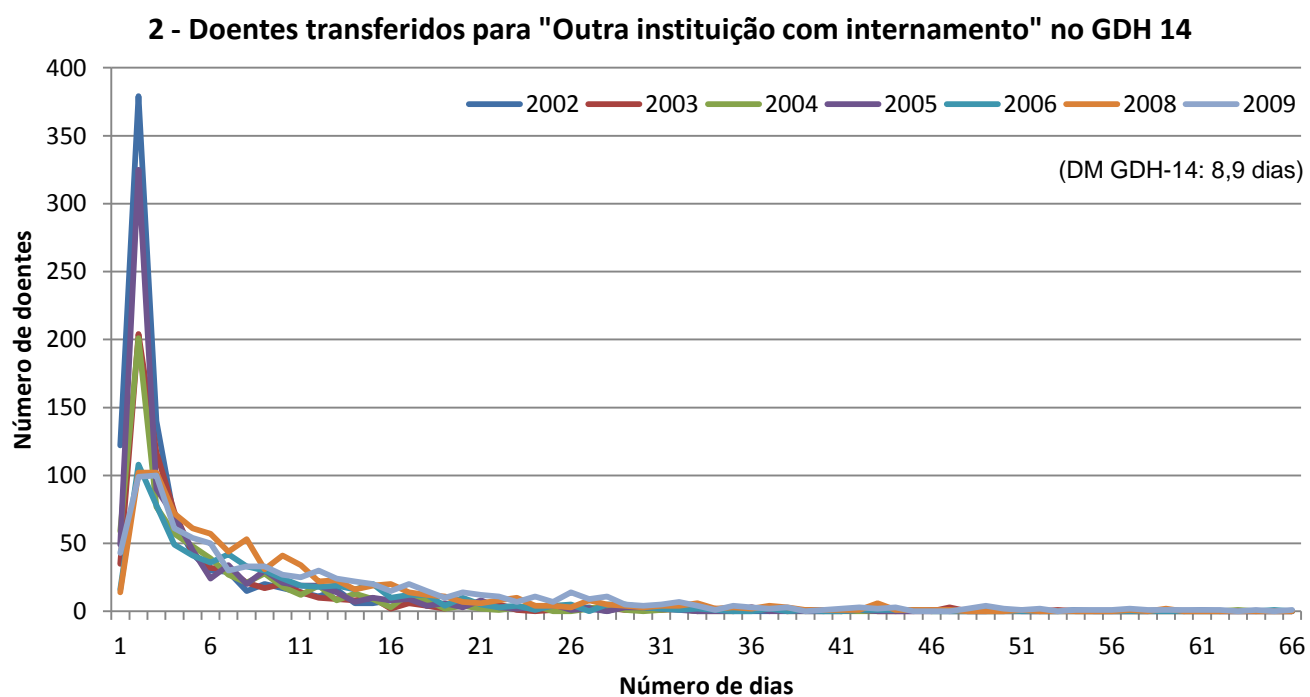
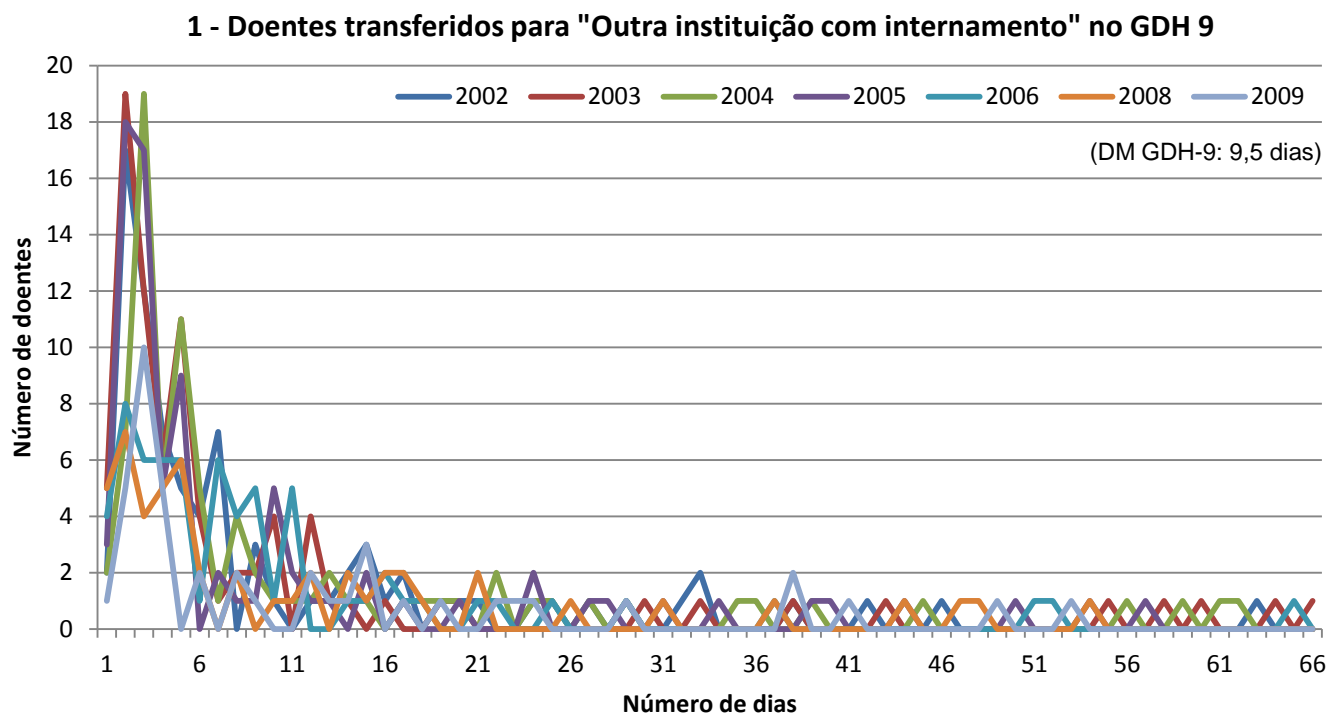
Tabela 9: Número de episódios de internamento anual por destino após a alta

Patologia	GDH	Destino após a alta ¹²⁰	Número de episódios de internamento							
			2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
LVM (trauma)	9	Desconhecido								1
		Domicílio	228	213	217	208	217	227	187	209
		O.I.Internamento	82	84	81	81	66	46	52	44
		S. domiciliário				2	2	3	4	4
		Contra p.m.	6	3	2	9	6	4	2	1
		Falecido	13	5	12	8	11	12	13	10
AVC	14, 15	Desconhecido	0	0	0	0	0	0	0	11
		Domicílio	14.303	13.864	13.984	15.391	15.627	15.341	15.402	14.465
		O.I.Internamento	1.098	862	805	1.138	703	768	911	951
		S. domiciliário	86	54	102	159	169	193	421	606
		Contra p.m.	70	75	52	82	80	69	66	80
		Falecido	1.654	1.527	1.404	1.613	1.492	1.416	1.401	1.394
TCE	730, 761, 762, 763, 764, 765, 766, 767, 792	Desconhecido	0	0	0	0	0	0	0	21
		Domicílio	5.671	4.802	4.133	4.192	4.081	3.289	3.279	3.280
		O.I.Internamento	2.550	1.637	1.323	1.577	1.208	939	802	749
		S. domiciliário	32	33	53	128	82	37	68	37
		Contra p.m.	125	86	83	87	69	57	65	30
		Falecido	267	212	223	217	197	209	196	224
SUB-TOTAL		Desconhecido	0	0	0	0	0	0	0	33
		Domicílio	20.202	18.879	18.334	19.791	19.925	18.857	18.868	17.954
		O.I.Internamento	3.730	2.583	2.209	2.796	1.977	1.753	1.765	1.744

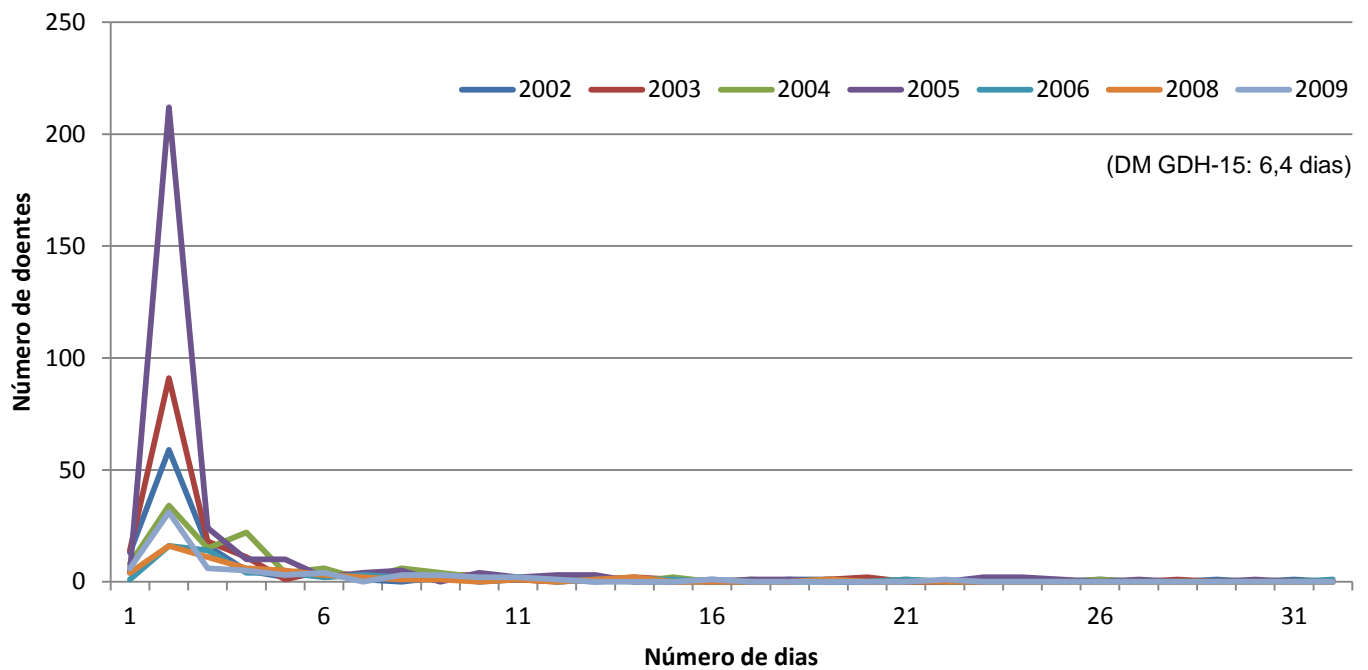
¹²⁰ Legenda: O.I. Internamento – Outra instituição com internamento; S. domiciliário – Serviço domiciliário; Contra p. m. – Saída contra parecer medico

		S. domiciliário	118	87	155	289	253	233	493	647
		Contra p.m.	201	164	137	178	155	130	133	111
		Falecido	1.934	1.744	1.639	1.838	1.700	1.637	1.610	1.628
Reabilitação	462	Desconhecido								
		Domicílio	67	194	144	161	188	219	157	157
		O.I.Internamento	5	9	11	5	5	6	7	
		S. domiciliário						6	17	
		Contra p.m.		2	1		1	1		2
		Falecido	2		2		1		3	2
TOTAL		Desconhecido	0	0	0	0	0	0	0	33
		Domicílio	20.269	19.073	18.478	19.952	20.113	19.076	19.025	18.111
		O.I.Internamento	3.735	2.592	2.220	2.801	1.982	1.759	1.772	1.744
		S. domiciliário	118	87	155	289	253	239	510	647
		Contra p.m.	201	166	138	178	156	131	133	113
		Falecido	1.936	1.744	1.641	1.838	1.701	1.637	1.613	1.630

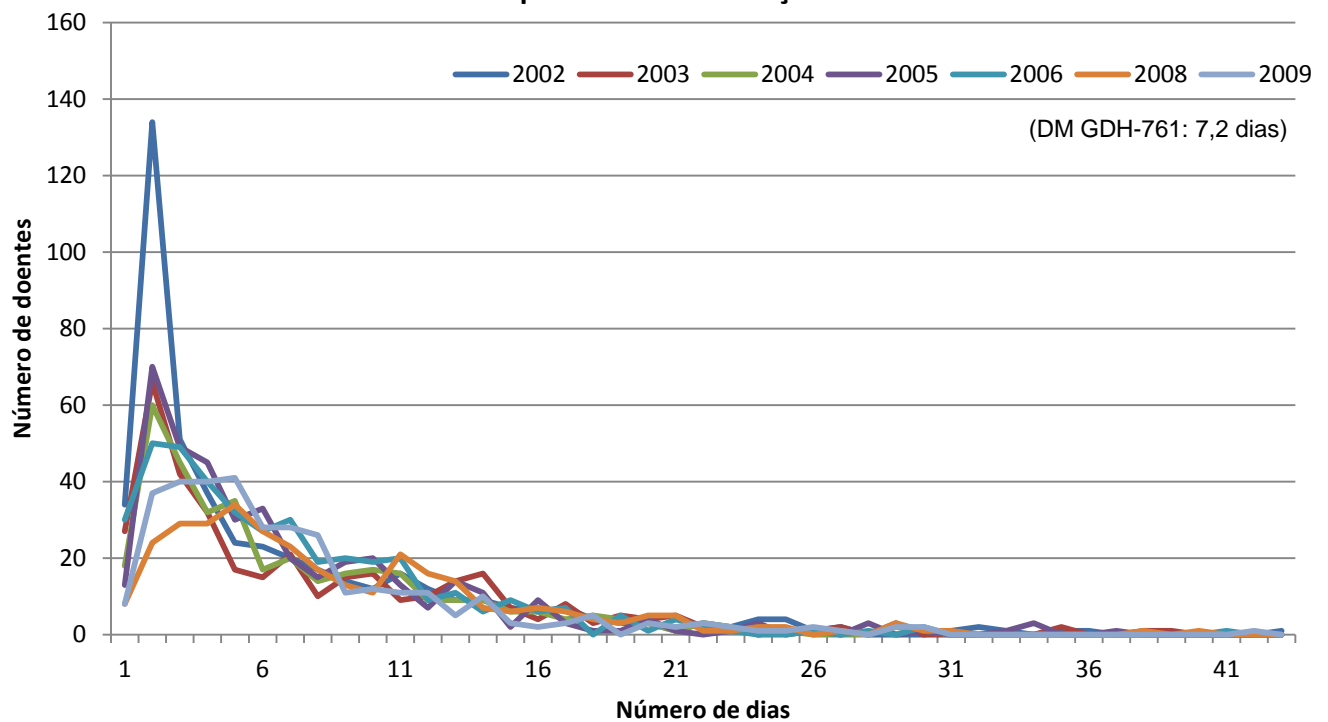
Gráficos 1 a 10: Representação gráfica dos doentes transferidos para “Outra instituição com internamento” por GDH



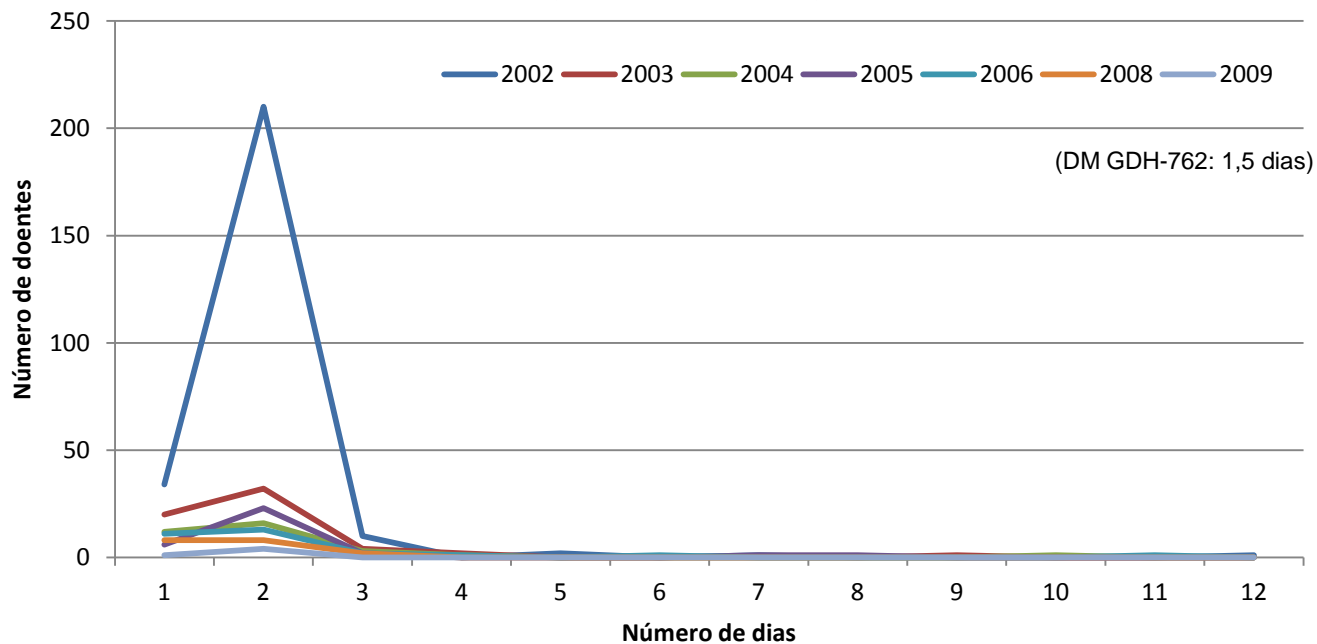
3 - Doentes transferidos para "Outra instituição com internamento" no GDH 15



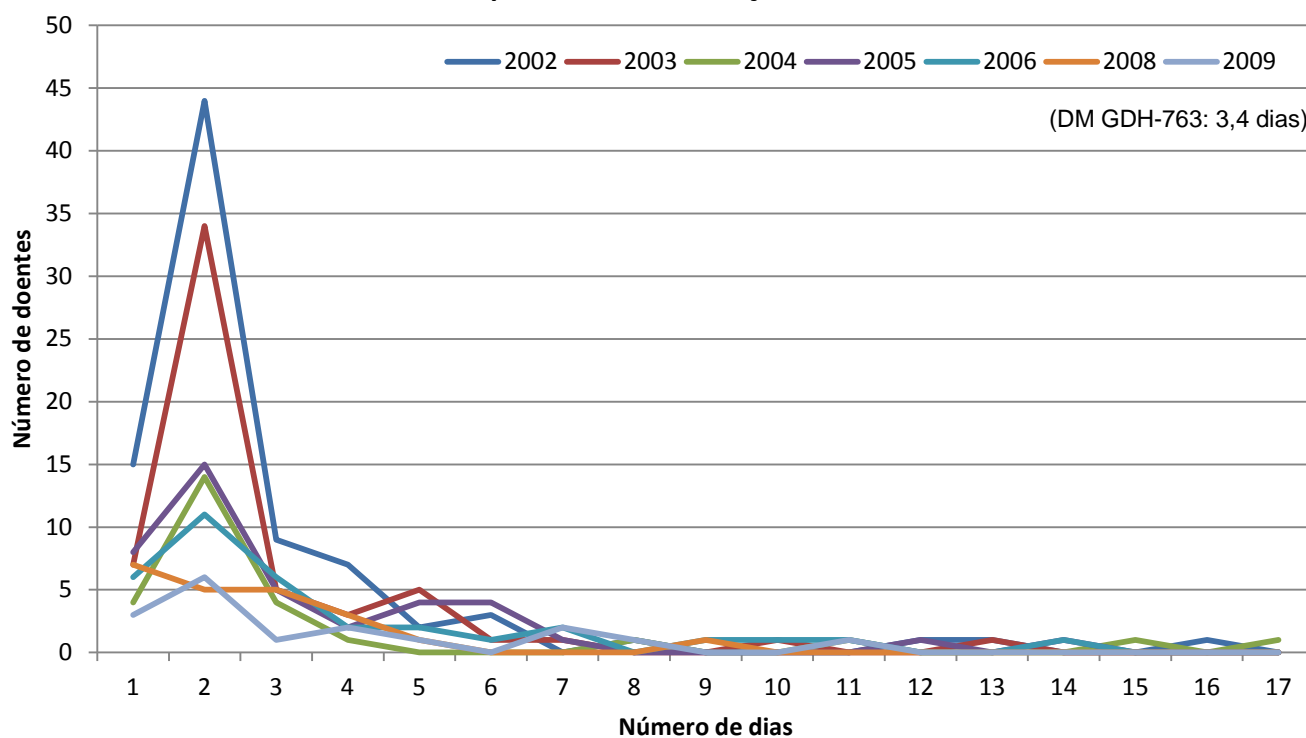
4 - Doentes transferidos para "Outra instituição com internamento" no GDH 761



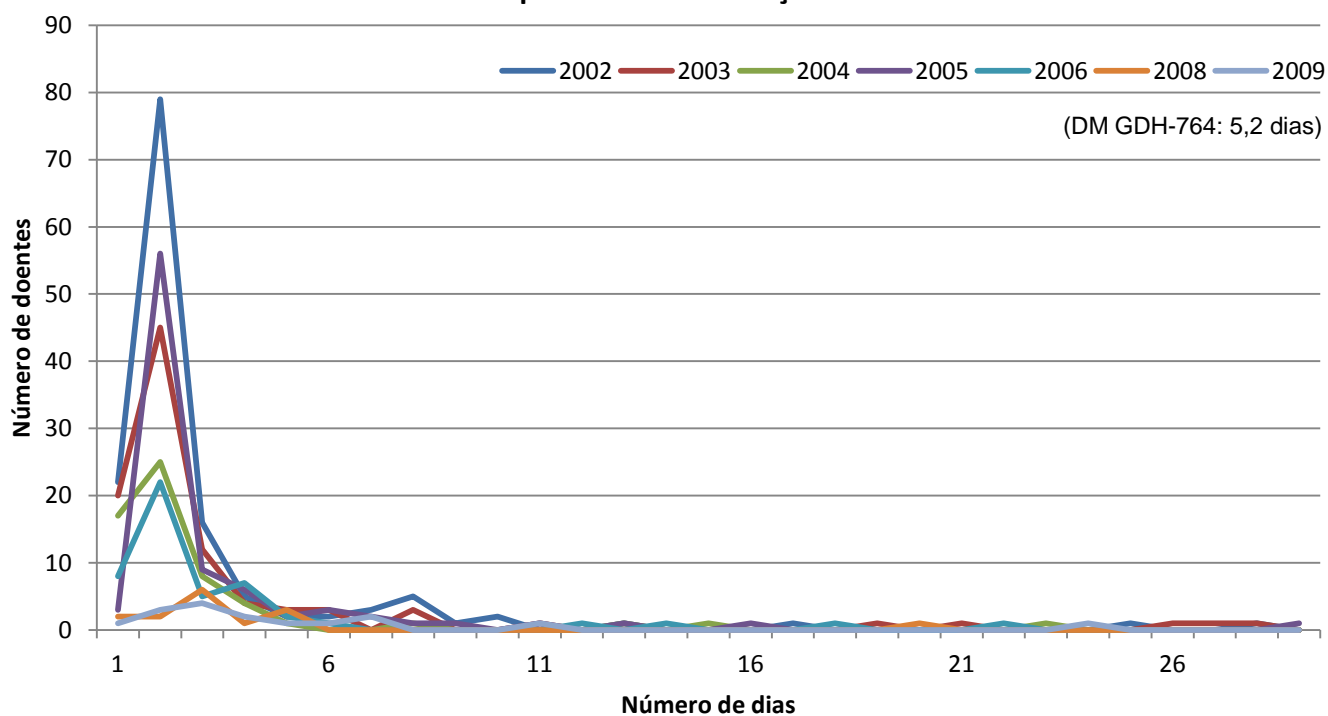
5 - Doentes transferidos para "Outra instituição com internamento" no 762



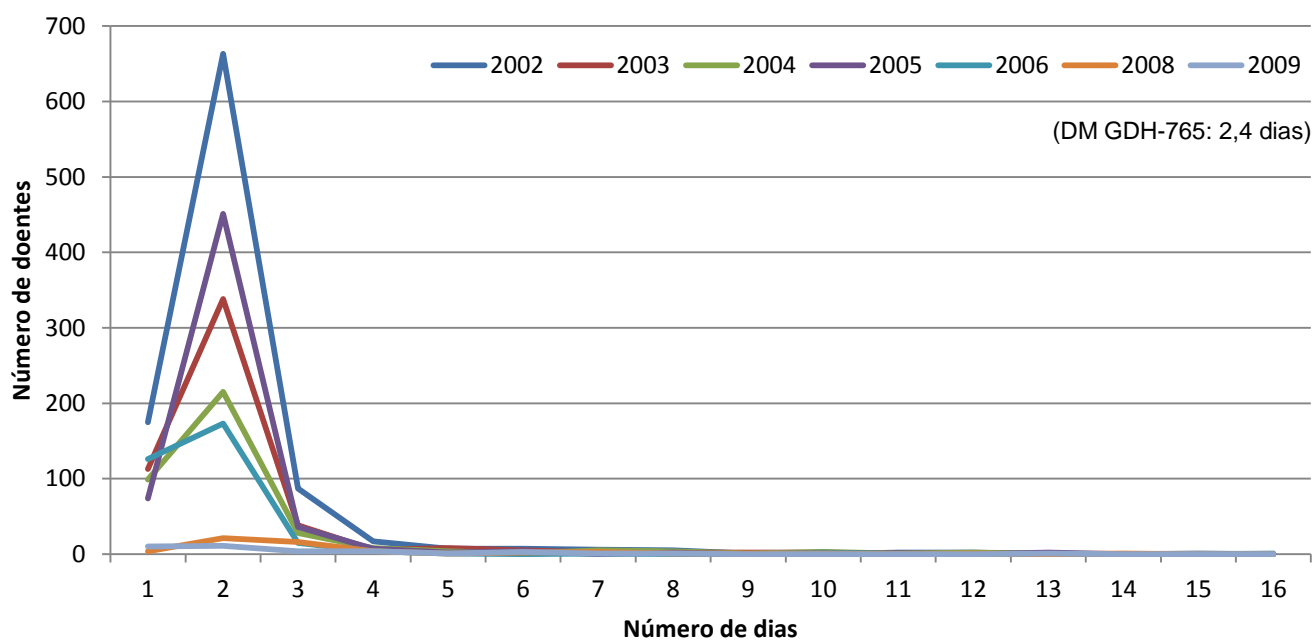
6 - Doentes transferidos para "Outra instituição com internamento" no GDH 763



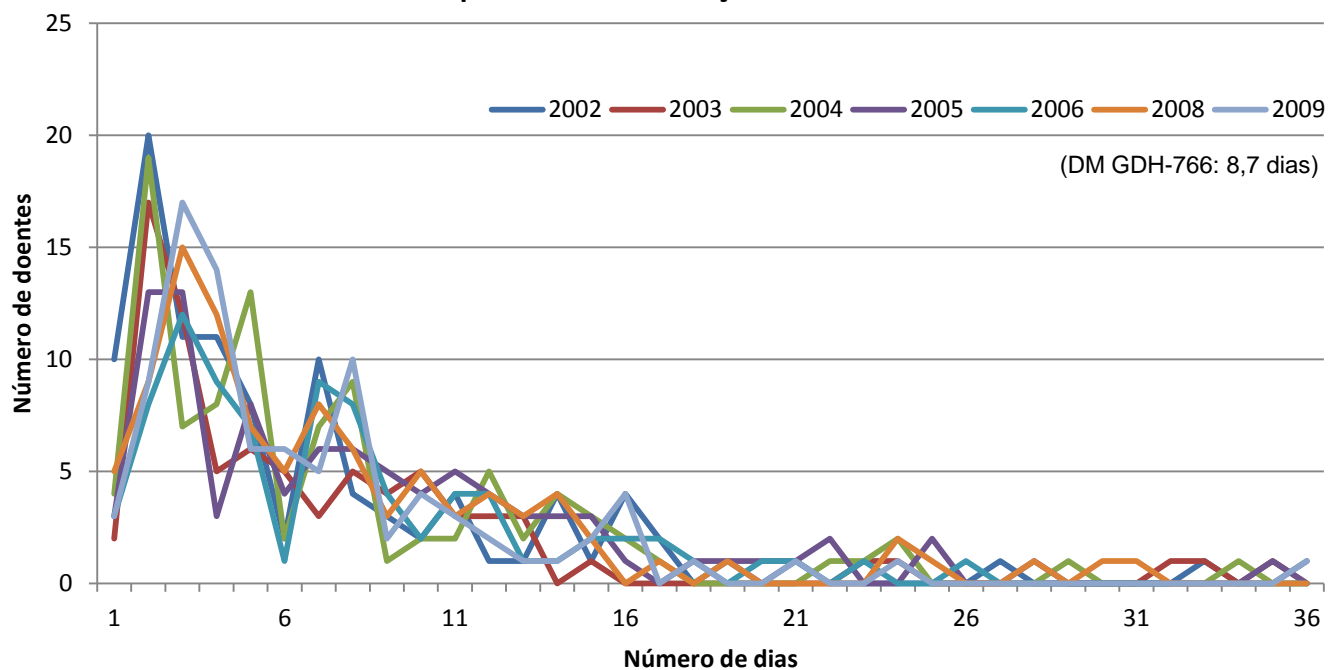
7 - Doentes transferidos para "Outra instituição com internamento" no GDH 764



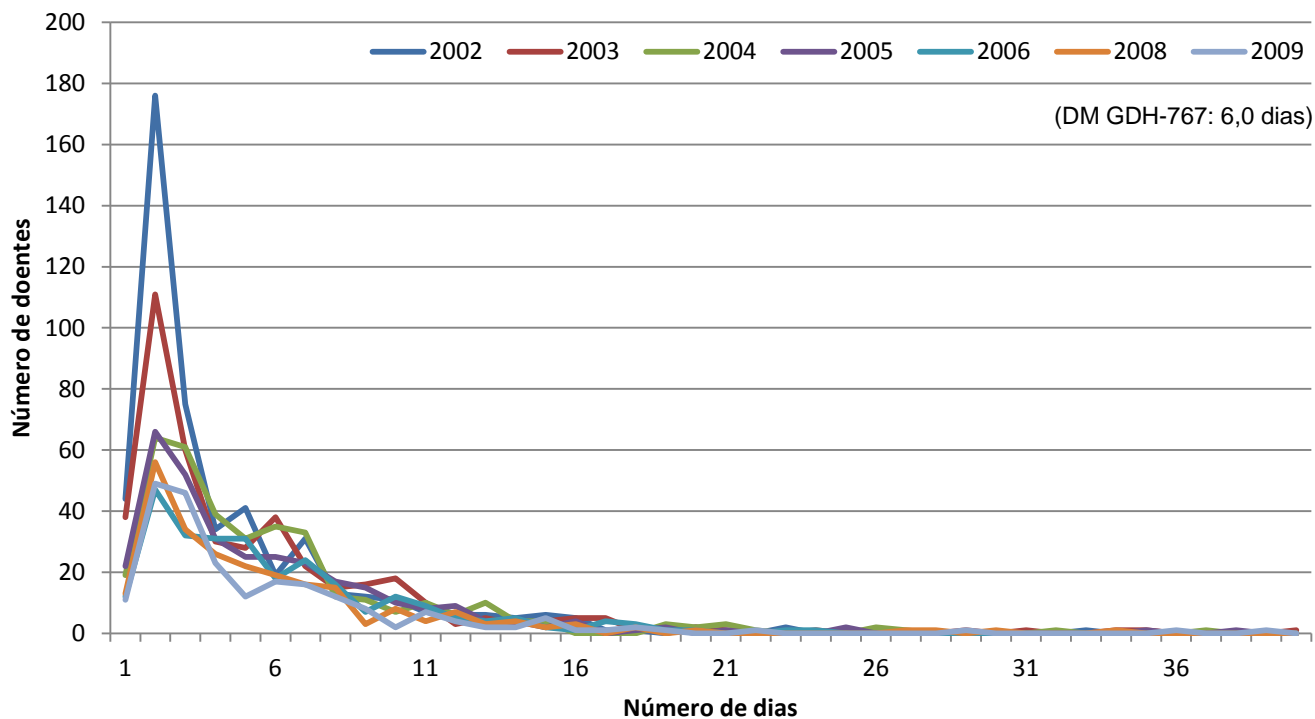
8 - Doentes transferidos para "Outra instituição com internamento" no GDH 765



9 - Doentes transferidos para "Outra instituição com internamento" no GDH 766



10 - Doentes transferidos para "Outra instituição com internamento" no GDH 767



Anexo V

Método de Avaliação Biopsicossocial

Fonte: RNCCI, s.d.

ADMISSÃO NA RNCCI Data:___/___/___

MAB - Método de Avaliação Biopsicossocial

Inquérito referente a 4 semanas antes

Data de nascimento: ___/___/___		Idade: ____ anos		Iniciais: _____		Respondeu ao inquérito:		Pontuação	Classificação
BI / Passaporte: _____		o próprio		o prestador de cuidados					
0 feminino		1 masculino							
IDADE		0 80 ou mais anos		1 65 a 79 anos		2 50 a 64 anos		3 18 a 49 anos	
P1	Queixas Musculo-esqueléticas *	0 com queixas		3 sem queixas					
P2	Queixas Visão *	0 com queixas		3 sem queixas					
P3	Queixas Audição *	0 com queixas		3 sem queixas					
P4	Queixas Pele *	0 com queixas		3 sem queixas					
P5	Queixas Outros Órgãos/Sistemas *	0 com queixas		3 sem queixas					
QUEIXAS DE SAUDE		a menor pontuação		0 com queixas		3 sem queixas			
OB1	IMC - Índice de Massa Corporal (kg/m²)	peso * ___,_ /altura² ___,_ = ___,_		0 menos de 16,0 magreza		1 16,0 a 18,4 baixo peso		3 18,5 a 25,0 adequado	
				0 mais de 30,0 obesidade		1 25,1 a 30,0 excesso peso			
OB2	CINT - Cintura - feminino (cm)	1ª ___,_ ; 2ª ___,_ ; 3ª ___,_		0 mais de 88 obesidade II		1 80 a 88 obesidade I		3 menos de 80 adequado	
	CINT - Cintura - masculino (cm)	média (1ª+2ª+3ª)/ 3 = ___,_ cm		0 mais de102 obesidade II		1 94 a 102 obesidade I		3 menos de 94 adequado	
ESTADO DE NUTRIÇÃO		média:(pont.IMC+CINT)/2 =		0 0 a 0,9 magro ou obeso		1 1 a 2,9 baixo peso ou excesso de peso		3 3 adequado	
P6	Nº de Quedas (último ano)	nº ____		0 4 ou mais quedas		1 2 a 3 quedas		2 1 queda	
P7	Momento de Quedas	ou ____ dias; ou ____ meses		0 menos de 1 mês		1 1 mês a 1 ano		2 mais de 1 ano	
P8	Motivo de Quedas			0 interno+externo		1 interno		2 externo	
P9	Sequelas de Quedas ocorridas			0 com alt mobilidade		1 sem alt mobilidade		2 sem sequelas	
QUEDAS		média:(P6+P7+P8+P9)/4 =		0 0 a 0,9 mau		1 1 a 1,9 insatisfatório		2 2 a 2,9 satisfatório	
								3 3 bom	
P10	Andar em casa, dentro de edifícios	0 incapaz, não anda		1 dependente de 3ºs		2 meios		3 independente	
P11	Andar na rua	0 incapaz, não sai		1 dependente de 3ºs		2 meios		3 independente	
P12	Andar em escadas	0 incapaz, não usa		1 dependente de 3ºs		2 meios		3 independente	
P13	Locomoção e meios para visão e audição					2 meios		3 independente	
LOCOMOÇÃO		a menor pontuação		0 incapaz		1 dependente		2 autónomo	
								3 independente	
P14	Lavar-se/tomar banho	entrar/sair, estar, lavar-se		0 incapaz, não se lava		1 dependente de 3ºs		2 meios	
P15	Vestir-se/despir-se	escolher, preparar, vestir		0 incapaz, não se veste		1 dependente de 3ºs		2 meios / acabamentos	
P16	Usar a sanita e/ou bacio/urinol	usar, limpar-se, roupa, despejar		0 incapaz, não usa		1 dependente de 3ºs		2 meios	
P17	Deitar-se/levantar-se da cama	mover-se, transferir-se, andar		0 incapaz, não se levanta		1 dependente de 3ºs		2 meios	
P18	Sentar-se/levantar-se de cadeiras	mover-se, transferir-se, andar		0 incapaz, não se senta		1 dependente de 3ºs		2 meios	
P19	Controlar a urina			0 incapaz, não controla		1 dependente de 3ºs		2 meios / incont esporadica	
P20	Controlar as fezes			0 incapaz, não controla		1 dependente de 3ºs		2 meios / incont esporadica	
P21	Alimentar-se/comer	servir-se, preparar alimentos, comer		0 incapaz, não se alimenta		1 dependente de 3ºs		2 meios	
P22	Autonomia Física e meios para visão e audição							2 meios	
AUTONOMIA FISICA		a menor pontuação		0 incapaz		1 dependente		2 autónomo	
								3 independente	
P23	Usar o telefone	marcar nºs, atender		0 incapaz, não usa		1 dependente de 3ºs		2 meios	
P24	Fazer compras	todas as compras necessárias		0 incapaz, não faz		1 dependente de 3ºs		2 meios / ajuda ocasional	
P25	Preparar refeições	planear bem, preparar, servir-se		0 incapaz, não faz		1 dependente de 3ºs		2 meios / ajuda ocasional	
P26	Tarefas de lida da casa	pesadas e leves, com limpeza		0 incapaz, não faz		1 dependente de 3ºs		2 meios / ajuda ocasional	
P27	Lavar/tratar da sua roupa	grande e pequena		0 incapaz, não faz		1 dependente de 3ºs		2 meios / ajuda ocasional	
P28	Usar transportes (onde não pode ir a pé)	públicos / táxi / carro, conduzir		0 incapaz, não usa		1 dependente de 3ºs		2 meios / ajuda ocasional	
P29	Tomar os seus medicamentos	nas doses e tempos correctos		0 incapaz, não toma		1 dependente de 3ºs		2 meios / ajuda ocasional	
P30	Gerir o seu dinheiro	contas, cheques, idas ao banco		0 incapaz, não faz		1 dependente de 3ºs		2 meios / ajuda ocasional	
P31	Autonomia Instrumental e meios para visão e audição							2 meios	
AUTONOMIA INSTRUMENTAL		a menor pontuação		0 incapaz		1 dependente		2 autónomo	
								3 independente	
P32	Triste / deprimido *	0 mto tempo / sem resp		1 metade de tempo		2 pouco tempo		3 nunca	
P33	Nervoso / ansioso *	0 mto tempo / sem resp		1 metade de tempo		2 pouco tempo		3 nunca	
P34	Outras Queixas Emocionais *	0 com queixas						3 sem queixas	

Anexo VI – Case-Mix Groups

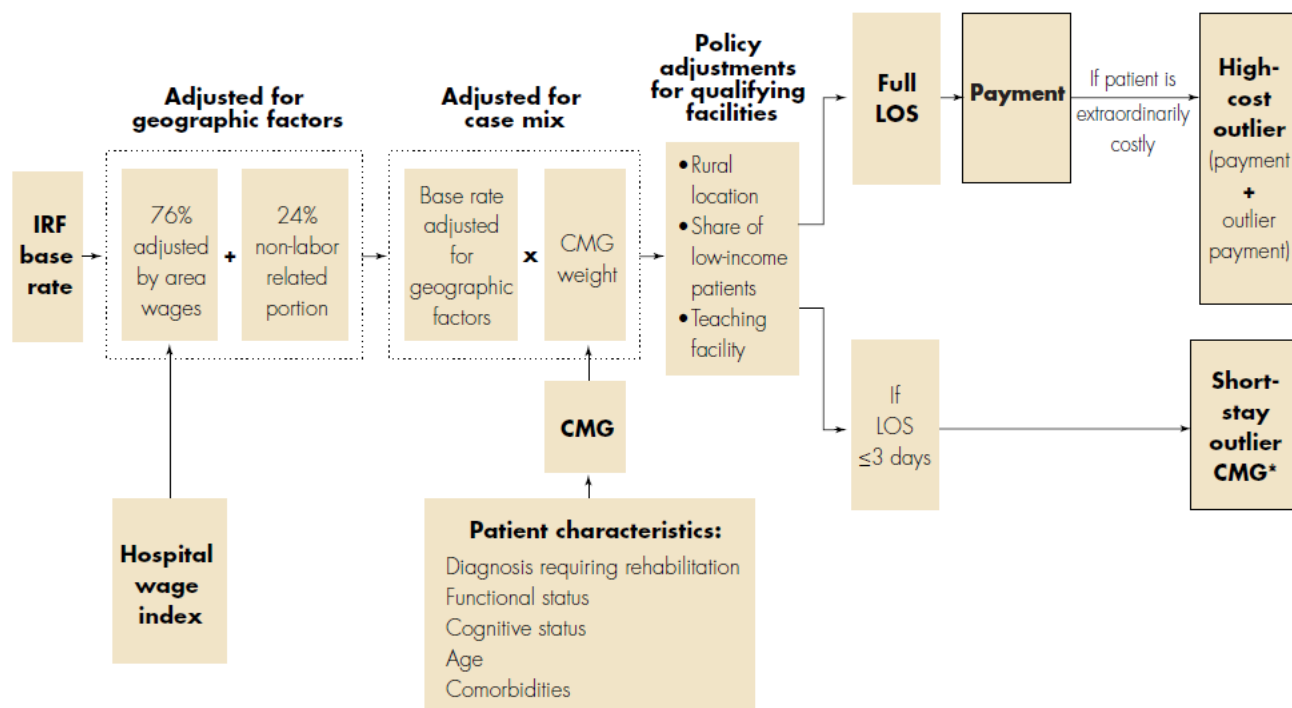
Lista das Rehabilitation Impairment Categories (RICs) do sistema de classificação CMGs:

Number	Rehabilitation Impairment Categories (RICs)	Number of CMGs
1	Stroke	10
2	Traumatic Brain Injury	7
3	Non-Traumatic Brain Injury	4
4	Traumatic Spinal Cord Injury	5
5	Non-Traumatic Spinal Cord Injury	6
6	Neurological	4
7	Fracture of Lower Extremity	4
8	Replacement of Lower Extremity Joint	6
9	Other Orthopedic	4
10	Amputation, lower extremity	3
11	Amputation, non-lower extremity	2
12	Osteoarthritis	3
13	Rheumatoid, and other Arthritis	3
14	Cardiac	4
15	Pulmonary	4
16	Pain Syndrome	3
17	Major Multiple Trauma without Brain or Spinal Cord Injury	4
18	Major Multiple Trauma with Brain or Spinal Cord Injury	3
19	Guillain Barre	3
20	Miscellaneous ¹²¹	4
21	Burns	1
50	Short-Stay Cases	1
51	Expired While Hospitalized	4
Total		92

Fonte: CMS, 2009a

¹²¹ A categoria 20 – *Miscellaneous* (diversos) - inclui outros diagnósticos não referidos.

Figura 1: Sistema de pagamento prospectivo das IRFs.



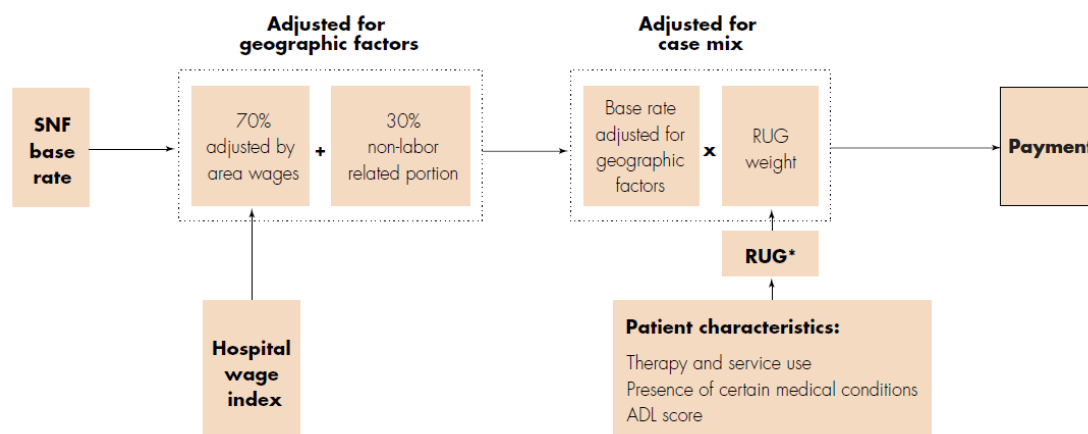
Fonte: MedPAC, 2009

A figura 1 sintetiza, em sequência, todos os elementos que contribuem para o estabelecimento do pagamento dos doentes internados nas IRFs.

Anexo VII – Resource Utilization Groups

Na figura 2 encontra-se um esquema dos ajustamentos das componentes do sistema de pagamento prospectivo do sistema RUG-IV para as SNFs

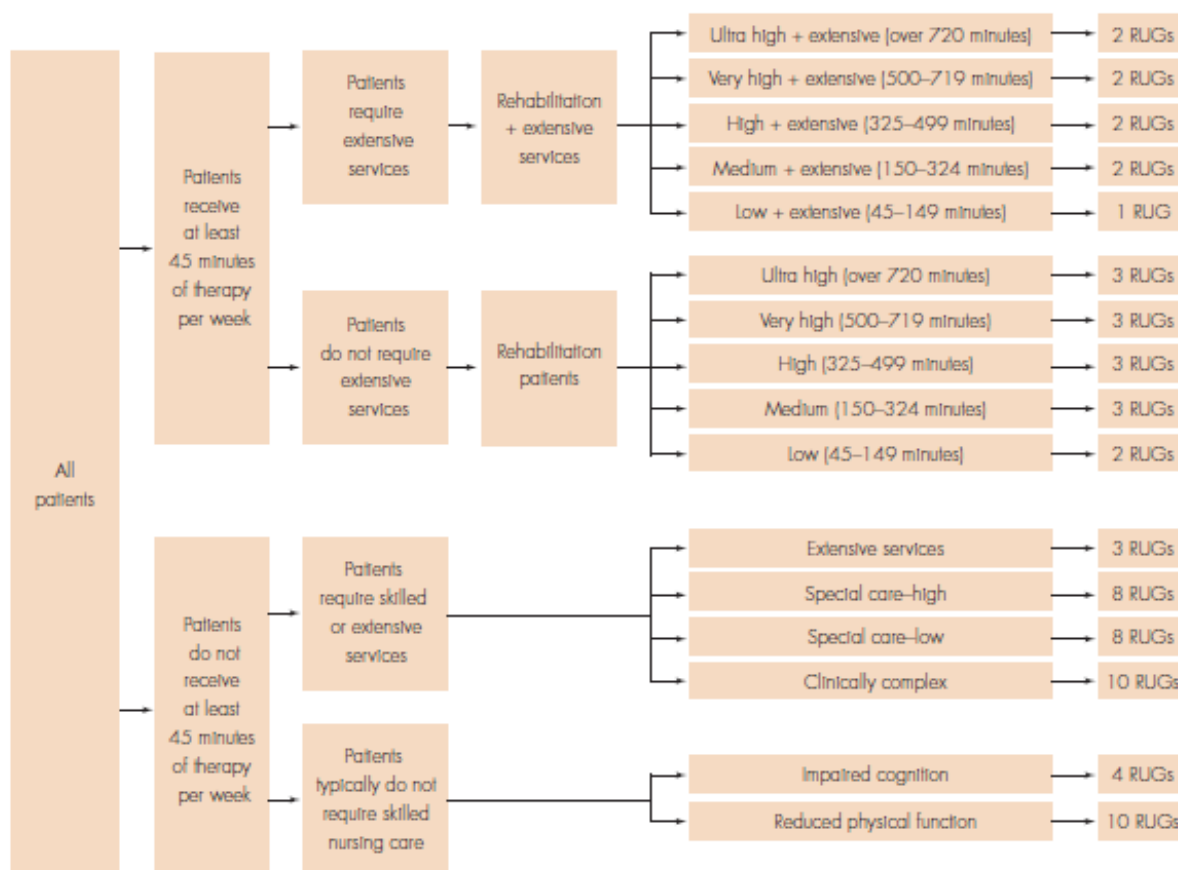
Figura 2: Sistema de pagamento prospectivo das SNFs



Fonte: MedPAC, 2010

Na figura 3 encontra-se apresentada a estrutura do sistema de classificação RUG-IV, o número de classes para cada grupo e as variáveis de decisão para a formação das mesmas.

Figura 3: Resource Utilization Groups – IV



Fonte: MedPAC, 2010

Os doentes que necessitam no mínimo de 45 minutos de terapia por semana, são colocados nas categorias de Reabilitação do sistema RUG-IV, as quais são ainda divididas consoante o doente necessite ou não de *Extensive Services*. As características de cada categoria Reabilitação são apresentadas na tabela 20.

Tabela 20: Categorias de reabilitação do RUG-IV

Categorias de Reabilitação		
Ultra High Rehabilitation Plus Extensive Services	Nível de AVD	RUGs
Residents needing both extensive medical services and physical or occupational therapy or speech-language pathology services.		
- Rehabilitation Rx 720 minutes/week minimum AND	11 – 16	1 (RUX)
- At least 1 rehab discipline 5 days/week, AND		
- A second rehab discipline 3 days/week, AND	2 – 10	1 (RUL)
- Tracheostomy care, ventilator/respirator, or isolation for active infectious disease while a resident, AND		
- ADL score of 2 or more		
Very High Rehabilitation Plus Extensive Services	Nível de AVD	RUGs
Residents needing both extensive medical services and physical or occupational therapy or speech-language pathology services.		
- Rehabilitation Rx 500 minutes/week minimum AND	11 – 16	1 (RVX)
- At least 1 rehab discipline 5 days/week, AND		
- Tracheostomy care, ventilator/respirator, or isolation for active infectious disease while a resident, AND	2 – 10	1 (RVL)
- ADL score of 2 or more		
High Rehabilitation Plus Extensive Services	Nível de AVD	RUGs
Residents needing both extensive medical services and physical or occupational therapy or speech-language pathology services.		
- Rehabilitation Rx 325 minutes/week minimum AND	11 – 16	1 (RHX)
- At least 1 rehab discipline 5 days/week, AND		
- Tracheostomy care, ventilator/respirator, or isolation for active infectious disease while a resident, AND	2 – 10	1 (RHL)
- ADL score of 2 or more		
Medium Rehabilitation Plus Extensive Services	Nível de AVD	RUGs
Residents needing both extensive medical services and physical or occupational therapy or speech-language pathology services.		
- Rehabilitation Rx 150 minutes/week minimum, AND	11 – 16	1 (RMX)
- 5 days any combination of 3 rehab disciplines, AND		
- Tracheostomy care, ventilator/respirator, or isolation for active infectious disease while a resident, AND	2 – 10	1 (RML)
- ADL score of 2 or more		
Low Rehabilitation Plus Extensive Services	Nível de AVD	RUGs
Residents needing both extensive medical services and physical or	2 – 16	1 (RLX)

occupational therapy or speech-language pathology services.

- Rehabilitation Rx 45 minutes/week minimum, AND
- 3 days any combination of 3 rehab disciplines; AND
- Restorative nursing 6 days (or more) /week, 2 or more services (see Reduced Physical Function for restorative nursing services); AND
- Tracheostomy care, ventilator/respirator, or isolation for active infectious disease while a resident, AND, ADL score of 2 or more

Ultra High Rehabilitation	Nível de AVD	RUGs
Residents receiving physical or occupational therapy or speech-language pathology services	11 – 16	1 (RUC)
- Rehabilitation Rx 720 minutes/week minimum, AND	6 – 10	1 (RUB)
- At least 1 rehab discipline 5 days/week, AND	0 – 5	1 (RUA)
- A second rehab discipline 3 days/week		
Very High Rehabilitation	Nível de AVD	RUGs
Residents receiving physical or occupational therapy or speech-language pathology services	11 – 16	1 (RVC)
- Rehabilitation Rx 500 minutes/week minimum, AND	6 – 10	1 (RVB)
- At least 1 rehab discipline 5 days/week	0 – 5	1 (RVA)
High Rehabilitation	Nível de AVD	RUGs
Residents receiving physical or occupational therapy or speech-language pathology services	11 – 16	1 (RHC)
- Rehabilitation Rx 325 minutes/week minimum, AND	6 – 10	1 (RHB)
- At least 1 rehab discipline 5 days/week	0 – 5	1 (RHA)
Medium Rehabilitation	Nível de AVD	RUGs
Residents receiving physical or occupational therapy or speech-language pathology services	11 – 16	1 (RMC)
- Rehabilitation Rx 150 minutes/week minimum, AND	6 – 10	1 (RMB)
- 5 days any combination of 3 rehab disciplines	0 – 5	1 (RMA)
Low Rehabilitation	Nível de AVD	RUGs
Residents receiving physical or occupational therapy or speech-language pathology services	11 – 16	1 (RLB)
- Rehabilitation Rx 45 minutes/week minimum, AND		
- 3 days any combination of 3 rehab disciplines; AND	0 – 10	1 (RLA)
- Restorative nursing 6 days/week, 2 services		

Total

23

Fonte: CMS, 2009b; Keane Care, 2010

A pontuação dos quatro itens (mobilidade na cama, uso do lavabo, transferências e alimentação) da escala de AVD do sistema de classificação RUG-IV é apresentada na figura 4 (Keane Care, 2010).

Figura 4 – Pontuação do nível de funcionalidade na escala de AVD do RUG-IV

ADL Values: Bed Mobility, Toilet, Transfer				ADL Values: Eating			
	Support				Support		
Performance	None/ Setup	1 person	2 people	Performance	None/ Setup	1 person	2 people
Independent/ Supervision	0			Independent/ Supervision	0	2	
Limited Assistance	1			Limited Assistance			
Extensive Assistance	2		4	Extensive Assistance	2	3	
Total Dependence	3			Total Dependence		4	

Fonte: Keane Care, 2010

Anexo VIII - *Impairment Groups* do AN-SNAP

Code	<i>Impairment Group</i>	Number of Classes
2201	<i>Admit for assessment only</i>	1
2202	<i>Brain, Neuro, Spine, & Major multiple trauma, FIM 13</i>	1
2203	<i>All other impairments, FIM 13</i>	1
2204 - 2209	<i>Stroke</i>	6
2210 - 2215	<i>Brain Dysfunction</i>	6
2216 - 2219	<i>Neurological</i>	4
2220 - 2223	<i>Spinal Cord Dysfunction</i>	4
2224 - 2225	<i>Amputation of Limb</i>	2
2226	<i>Pain Syndromes</i>	1
2227 - 2236	<i>Orthopedic Conditions</i>	10
2237	<i>Cardiac</i>	1
2238 - 2241	<i>Major Multiple Trauma</i>	4
2242 - 2245	<i>Other Impairments</i>	4
Total		45

Fonte: NSW, 2007.

As principais alterações relativas às classes finais do AN-SNAP versão 1 para a versão 2, foram as seguintes: O grupo *Neurological* passou de três para quatro classes; o grupo *Amputation* passou de três para duas classes; o grupo *Major Multiple Trauma* passou de uma para quatro classes com base no resultado funcional total da MIF (motor mais cognitivo). Esta é a única categoria na qual o resultado total da escala de MIF é utilizado; os grupos *Pain Syndromes* e *Cardiac* continuam a possuir apenas uma classe, mas a comissão recomendou que estas fossem mais claramente definidas para assegurar a consistência na colocação dos doentes; o grupo *Brain Dysfunction*¹²² passou de quatro para seis classes. O grupo é dividido com base no nível funcional motor, e os doentes com um resultado motor elevado, são ainda divididos segundo o nível cognitivo; o grupo *Orthopedic conditions* passou de quatro para dez classes, uma vez que quase 45% dos episódios de reabilitação são admitidos por esta condição. Em primeiro lugar, esta categoria é dividida em três grupos, consoante o tipo de incapacidade: fractura, substituição e outro, e de seguida, pelo

¹²² Alguns profissionais da comissão afirmam que para os doentes pertencentes ao grupo *Brain Dysfunction*, o instrumento MIF não é o mais adequado. Em vez do MIF, recomendaram que o instrumento *Post Traumatic Amnesia* fosse testado como alternativa. Foram recomendadas análises que relacionassem o *Post Traumatic Amnesia*, MIF e a DM. Contudo, não existiam dados suficientes para conclusões precisas. Futuras análises foram recomendadas (Green e Gordon, 2007).

resultado da capacidade funcional motora na admissão. Doentes admitidos com fractura e um baixo nível funcional, são ainda divididos consoante o seu resultado de nível cognitivo; o grupo *Stroke* possui o mesmo número de classes, cinco, onde são colocados cerca de 11% dos casos de reabilitação. Os doentes com *Burns*, na versão 1, eram agrupados juntamente com os doentes *Stroke*, contudo, devido ao reduzido número de doentes admitidos para reabilitação após queimaduras (cerca de 20 a 30 por ano a nível nacional), a comissão recomendou para que estes fossem agrupados juntamente com uma das classes de *Major Multiple Trauma*, em vez de estarem em conjunto com a categoria *Stroke*. Recomendaram também que as classes de *Stroke* com doentes com um nível funcional moderado fossem divididas segundo o resultado do nível cognitivo; o grupo *Spinal Cord* passou de três para quatro classes. Os doentes são divididos segundo o resultado motor, sendo que a classe para doentes com um baixo nível funcional foi dividida em duas, consoante a idade do doente for superior ou igual a 33 anos, ou inferior ou igual a 32 anos; os restantes doentes são agrupados num dos quatro grupos *Other impairments*. Pela recolha de dados, verificou-se que a colocação de doentes nesta categoria tem vindo a aumentar. Existe uma preocupação de que estes “novos” episódios tenham sido previamente classificados na categoria avaliação e gestão geriátrica, e agora colocados neste grupo. A comissão recomendou uma análise futura desta situação. Até lá a categoria permanece inalterada. (Green e Gordon, 2007)

Anexo IX – Rehabilitation Groups do RPG

Number	Rehabilitation Groups	Number of RPGs
1	Stroke	7
2	Traumatic Brain Injury	6
3	Non-Traumatic Brain Injury	4
4	Neurological	4
5	Traumatic Spinal Cord Injury	4
6	Non-Traumatic Spinal Cord Injury	5
7	Amputation, non-lower extremity	2
8	Amputation, lower extremity	4
9	Osteoarthritis	2
10	Rheumatoid Arthritis and other Arthritis	2
11	Pain	2
12	Fracture of lower extremity	6
13	Replacement of lower extremity	6
14	Other Orthopedic	5
15	Cardiac	5
16	Pulmonary	4
17	Burns	1
18	Major Multiple Trauma, other Multiple Trauma and Major Multiple Fracture	5
19	Major Multiple Trauma with Brain or Spinal Cord Injury	3
20	Ventilator Dependent Respiratory Disorders	1
21	Other Disabilities	5
Total		83

Fonte: JPPC, 2006b

Anexo X – Códigos de Incapacidade

<i>Impairment Group Codes do IRF-PAI</i>	<i>Rehabilitation Impairment Codes do AROC-ICDS</i>	<i>Rehabilitation Client Group do NRS</i>
Stroke 01.1 Left Body Involvement (Right Brain) 01.2 Right Body Involvement (Left Brain) 01.3 Bilateral Involvement 01.4 No Paresis 01.9 Other Stroke	Stroke 1.1 Left Body Involvement (Right Brain) 1.2 Right Body Involvement (Left Brain) 1.3 Bilateral Involvement 1.4 No Paresis 1.9 Other Stroke	Stroke 01.1 Left Body Involvement (Right Brain) 01.2 Right Body Involvement (Left Brain) 01.3 Bilateral Involvement 01.4 No Paresis 01.9 Other Stroke
Brain Dysfunction <u>Non-traumatic Brain Dysfunction</u> 02.1 Non-traumatic <u>Traumatic Brain Dysfunction</u> 02.21 Traumatic, Open Injury 02.22 Traumatic, Closed Injury 02.9 Other Brain	Brain Dysfunction <u>Non-traumatic Brain Dysfunction</u> 2.11 Non-traumatic subarachnoid haemorrhage 2.12 Anoxic brain damage 2.13 Other non-traumatic brain dysfunction <u>Traumatic Brain Dysfunction</u> 2.21 Traumatic, open injury 2.22 Traumatic, closed injury	Brain Dysfunction <u>Non-traumatic Brain Dysfunction</u> 02.1 Non-traumatic <u>Traumatic Brain Dysfunction</u> 02.21 Open Injury 02.22 Closed Injury 02.9 Other Brain
Neurological Conditions 03.1 Multiple Sclerosis 03.2 Parkinsonism 03.3 Polyneuropathy 03.4 Guillain-Barré Syndrome 03.5 Cerebral Palsy 03.8 Neuromuscular Disorders 03.9 Other Neurologic	Neurologic Conditions 3.1 Multiple Sclerosis 3.2 Parkinsonism 3.3 Polyneuropathy 3.4 Guillain-Barré Syndrome 3.5 Cerebral Palsy 3.8 Neuromuscular Disorders 3.9 Other Neurologic Disorders	Neurological Conditions 03.1 Multiple Sclerosis 03.2 Parkinsonism 03.3 Polyneuropathy 03.4 Guillain-Barré 03.5 Cerebral Palsy 03.8 Neuromuscular Disorders 03.9 Other Neurologic
Spinal Cord Dysfunction <u>Non-traumatic Spinal Cord Dysfunction</u> 04.110 Paraplegia, Unspecified 04.111 Paraplegia, Incomplete 04.112 Paraplegia, Complete 04.120 Quadriplegia, Unspecified 04.1211 Quadriplegia, Incomplete C1-4 04.1212 Quadriplegia, Incomplete C5-8 04.1221 Quadriplegia, Complete C1-4 04.1222 Quadriplegia, Complete C5-8 04.130 Other Non-traumatic Spinal Cord <u>Traumatic Spinal Cord Dysfunction</u> 04.210 Paraplegia, Unspecified 04.211 Paraplegia, Incomplete 04.212 Paraplegia, Complete 04.220 Quadriplegia, Unspecified 04.2211 Quadriplegia, Incomplete C1-4 04.2212 Quadriplegia, Incomplete C5-8 04.2221 Quadriplegia, Complete C1-4 04.2222 Quadriplegia, Complete C5-8 04.230 Other Traumatic Spinal Cord	Spinal Cord Dysfunction <u>Non-traumatic Spinal Cord Dysfunction</u> 4.111 Paraplegia, Incomplete 4.112 Paraplegia, Complete 4.1211 Quadriplegia, Incomplete, C1-4 4.1212 Quadriplegia, Incomplete, C5-8 4.1221 Quadriplegia, Complete, C1-4 4.1222 Quadriplegia, Complete, C5-8 4.13 Other Nontraumatic Spinal Cord Dysfunction <u>Traumatic Spinal Cord Dysfunction</u> 4.211 Paraplegia, Incomplete 4.212 Paraplegia, Complete 4.2211 Quadriplegia, Incomplete, C1-4 4.2212 Quadriplegia, Incomplete, C5-8 4.2221 Quadriplegia, Complete, C1-4 4.2222 Quadriplegia, Complete, C5-8 4.23 Other Traumatic Spinal Cord Dysfunction	Spinal Cord Dysfunction <u>Non-traumatic Spinal Cord Dysfunction</u> 04.110 Paraplegia, Unspecified 04.111 Paraplegia, Incomplete 04.112 Paraplegia, Complete 04.120 Quadriplegia, Unspecified 04.1211 Quadriplegia, Incomplete C1-4 04.1212 Quadriplegia, Incomplete C5-8 04.1221 Quadriplegia, Complete C1-4 04.1222 Quadriplegia, Complete C5-8 04.130 Other Non-traumatic Spinal Cord <u>Traumatic Spinal Cord Dysfunction</u> 04.210 Paraplegia, Unspecified 04.211 Paraplegia, Incomplete 04.212 Paraplegia, Complete 04.220 Quadriplegia, Unspecified 04.2211 Quadriplegia, Incomplete C1-4 04.2212 Quadriplegia, Incomplete C5-8 04.2221 Quadriplegia, Complete C1-4 04.2222 Quadriplegia, Complete C5-8 04.230 Other Traumatic Spinal Cord
Amputation 05.1 Unilateral Upper Limb Above the Elbow 05.2 Unilateral Upper Limb Below the Elbow	Amputation of Limb 5.1 Single Upper Amputation Above the Elbow 5.2 Single Upper Amputation Below the Elbow	Amputation of Limb 05.1 Single Upper Extremity Above the Elbow 05.2 Single Upper Extremity Below the Elbow

05.3 Unilateral Lower Limb Above the Knee 05.4 Unilateral Lower Limb Below the Knee 05.5 Bilateral Lower Limb Above the Knee 05.6 Bilateral Lower Limb Above/Below the Knee 05.7 Bilateral Lower Limb Below the Knee 05.9 Other Amputation	5.3 Single Lower Amputation Above the Knee 5.4 Single Lower Amputation Below the Knee 5.5 Double Lower Amputation Above the Knee 5.6 Double Lower Amputation Above/Below the Knee 5.7 Double Lower Amputation Below the Knee 5.8 Partial Foot Amputation 5.9 Other Amputation	05.3 Single Lower Extremity Above the Knee 05.4 Single Lower Extremity Below the Knee 05.5 Double Lower Extremity Above the Knee 05.6 Double Lower Extremity Above + Below the Knee 05.7 Double Lower Extremity Below the Knee 05.9 Other Amputation
Arthritis 06.1 Rheumatoid Arthritis 06.2 Osteoarthritis 06.9 Other Arthritis	Arthritis 6.1 Rheumatoid arthritis 6.2 Osteoarthritis 6.9 Other Arthritis	Arthritis 06.1 Rheumatoid Arthritis 06.2 Osteoarthritis 06.9 Other Arthritis
Pain Syndromes 07.1 Neck Pain 07.2 Back Pain 07.3 Limb Pain 07.9 Other Pain	Chronic Pain 7.1 Neck Pain 7.2 Back Pain 7.3 Extremity Pain 7.4 Headache (includes migraine) 7.5 Multi-site pain 7.9 Other Pain (includes abdominal/chest wall)	Pain Syndromes 07.1 Neck Pain 07.2 Back Pain 07.3 Extremity Pain 07.9 Other Pain
Orthopedic Conditions 08.11 Status Post Unilateral Hip Fracture 08.12 Status Post Bilateral Hip Fracture 08.2 Status Post Femur (Shaft) Fracture 08.3 Status Post Pelvic Fracture 08.4 Status Post Major Multiple Fracture 08.51 Status Post Unilateral Hip Replacement 08.52 Status Post Bilateral Hip Replacement 08.61 Status Post Unilateral Knee Replacement 08.62 Status Post Bilateral Knee Replacement 08.71 Status Post Knee and Hip Replacement (same side) 08.72 Status Post Knee and Hip Replacement (different sides) 08.9 Other Orthopedic	Orthopedic Disorders <u>Fracture</u> 8.111 Fracture of Hip, unilateral 8.112 Fracture of Hip, bilateral 8.12 Fracture of shaft of femur 8.13 Fracture of pelvis 8.141 Fracture of knee 8.142 Fracture of lower leg, ankle, foot 8.15 Fracture of upper limb 8.16 Fracture of spine 8.17 Fracture of multiple sites 8.19 Other orthopaedic fracture <u>Post Orthopaedic Surgery</u> 8.211 Unilateral hip replacement 8.212 Bilateral hip replacement 8.221 Unilateral knee replacement 8.222 Bilateral knee replacement 8.231 Knee and hip replacement same side 8.232 Knee and hip replacement different sides 8.24 Shoulder replacement or Repair 8.25 Post spinal surgery 8.26 Other orthopaedic surgery	Orthopedic Conditions 08.1 Status Post Hip Fracture 08.11 Status Post Unilateral Hip Fracture 08.12 Status Post Bilateral Hip Fracture 08.2 Status Post Femur (Shaft) Fracture 08.3 Status Post Pelvic Fracture 08.4 Status Post Major Multiple Fracture 08.5 Status Post Hip Replacement 08.51 Status Post Unilateral Hip Replacement 08.52 Status Post Bilateral Hip Replacement 08.53 Status Post Revision of Unilateral Hip Replacement 08.54 Status Post Revision of Bilateral Hip Replacement 08.6 Status Post Knee Replacement 08.61 Status Post Unilateral Knee Replacement 08.62 Status Post Bilateral Knee Replacement 08.63 Status Post Revision of Unilateral Knee Replacement 08.64 Status Post Revision of Bilateral Knee Replacement 08.7 Status Post Knee and Hip Replacement 08.71 Status Post Knee and Hip Replacement (same side) 08.72 Status Post Knee and Hip Replacement (different sides) 08.73 Status Post Revision of Knee and Hip Replacement 08.74 Status Post Revision of Knee and Hip Replacement

		08.9 Other Orthopedic
Cardiac Disorders 09. Cardiac	Cardiac Disorders 9.1 Cardiac disorder following recent onset of new cardiac impairment 9.2 Chronic cardiac insufficiency 9.3 Heart or heart/lung transplant	Cardiac Disorders 09.1 Cardiac
Pulmonary Disorders 10.1 Chronic Obstructive Pulmonary Disease 10.9 Other Pulmonary	Pulmonary Disorders 10.1 Chronic Obstructive Pulmonary Disease 10.2 Lung Transplant 10.9 Other Pulmonary Disorders	Pulmonary Disorders 10.1 Chronic Obstructive Pulmonary Disease 10.9 Other Pulmonary
Burns 11. Burns	Burns 11 Burns	Burns 11.1 Burns
Congenital Deformities 12.1 Spina Bifida 12.9 Other Congenital	Congenital Deformities 12.1 Spina Bifida 12.9 Other Congenital Deformities	Congenital Deformities 12.1 Spina Bifida 12.9 Other Congenital
Other Disabling Impairments 13. Other Disabling Impairments	Other Disabling Impairments 13.1 Lymphoedema 13.2 Other Disabling Impairments	Other Disabling Impairments 13.1 Other Disabling Impairments
Major Multiple Trauma 14.1 Brain + Spinal Cord Injury 14.2 Brain + Multiple Fracture/Amputation 14.3 Spinal Cord + Multiple Fracture/Amputation 14.9 Other Multiple Trauma	Major Multiple Trauma 14.1 Brain + Spinal Cord Injury 14.2 Brain + Multiple Fracture /Amputation 14.3 Spinal Cord + Multiple Fracture/Amputation 14.9 Other Multiple Trauma	Major Multiple Trauma 14.1 Brain + Spinal Cord Injury 14.2 Brain + Multiple Fracture/Amputation 14.3 Spinal Cord + Multiple Fracture/Amputation 14.9 Other Multiple Trauma
Developmental Disability 15. Developmental Disability	Developmental Disability 15.1 Developmental Disability	Developmental Disability 15.1 Developmental Disability
Debility 16. Debility (non-Cardiac, non-Pulmonary)	Re-Conditioning / Restorative 16.1 Re-conditioning/ restorative following surgery 16.2 Re-conditioning/ restorative following medical illness 16.3 Cancer rehabilitation	Debility 16.1 Debility
Medically Complex Conditions 17.1 Infections 17.2 Neoplasms 17.31 Nutrition with intubation/parenteral nutrition 17.32 Nutrition without intubation/parenteral nutrition 17.4 Circulatory Disorders 17.51 Respiratory Disorders—Ventilator dependent 17.52 Respiratory Disorders—Non-ventilator dependent 17.6 Terminal Care 17.7 Skin Disorders 17.8 Medical/Surgical Complications 17.9 Other Medically Complex Conditions		Medically Complex 17.1 Infections 17.2 Neoplasms 17.31 Nutrition with intubation/parenteral nutrition 17.32 Nutrition without intubation/parenteral nutrition 17.4 Circulatory Disorders 17.51 Respiratory Disorders—Ventilator dependent 17.52 Respiratory Disorders—Non-ventilator dependent 17.6 Terminal Care 17.7 Skin Disorders 17.8 Medical/Surgical Complications 17.9 Other Medically Complex Conditions

Fonte: CMS, 2004; AROC, 2007b; CIHI 2011b.

Os diferentes grupos (*Stroke, Brain Dysfunction, Neurological conditions (...), Medically Complex conditions*) utilizados para reunir os diferentes códigos de incapacidade utilizados no IRF-PAI foram definidos pelo UDS_{MR}.

A partir destes foram criadas as categorias *Rehabilitation Impairment Categories* que por sua vez incluem vários códigos de incapacidade (*Impairment Group Codes*). Aos diferentes códigos de incapacidade correspondem muitos códigos da CID-9-MC. Na figura 7 é mostrado um exemplo desta correspondência.

Figura 7: Correspondência entre *Rehabilitation Impairment Categories, Impairment Group Codes* e CID-9-MC, para *Traumatic Spinal Cord Dysfunction*

UDS _{MR} SM Impairment Group	UDS _{MR} SM Impairment Code (Item 21)	RIC	ICD-9-CM Code (Item 22)	Etiologic Diagnosis
SPINAL CORD DYSFUNCTION	04.210 - 04.230 Traumatic Spinal Cord Dysfunction	TSCI (04)	806.00 - 806.9	Fracture of vertebral column with spinal cord injury
			907.2	Late effect of spinal cord injury <i>NOTE: Use only when an inpatient rehabilitation program has been completed for the same injury prior to the current admission.</i>
			953.0 - 953.8	Injury to nerve roots and spinal plexus
			952.00 - 952.8	Spinal cord injury without evidence of spinal bone injury

Fonte: CMS, 2004.

Os *Rehabilitation Impairment Codes* utilizados na Austrália foram adoptados do UDS_{MR}. Ou seja, como podemos verificar lista dos diferentes códigos, estes apresentam muitas semelhanças com os *Impairment Group Codes* (com algumas variações nos grupos *Orthopedic Disorders, Brain Dysfunction, Spinal Cord Dysfunction* e *Cardiac Disorders*) com a excepção de que não apresenta os grupos: *Debility* e *Medically Complex Conditions*, e possui em vez destes o grupo *Re-Conditioning / Restorative*. Do mesmo modo, também os *Rehabilitation Client Groups* utilizados no Canadá foram adaptados do UDS_{MR}. As diferenças entre estes e os *Impairment Group Codes* são mínimas (apenas no grupo *Orthopedic conditions*) (CIHI, 2011a).

No instrumento de recolha de dados canadiano NRS, é de notar que os códigos de incapacidade são baseados nos códigos da CID-9-MC, mas o código de diagnóstico *Most responsible health condition* é baseado nos códigos da ICD-10-CA, ao contrário do código etiológico do IRF-PAI.